

Année 1925

THÈSE

N°

924

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph-Marie-Pierre-Auguste DEROCHE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 31 Mars 1893 à La Chatre (Indre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Retrécissements Inflammatoires du Rectum

Président de thèse : M. le Professeur BERNARD CUNÉO

PARIS

LIBRAIRIE MARCEL VIGNE

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

1925

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Année 1925

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph-Marie-Pierre-Auguste DEROCHE

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 31 Mars 1893 à La Chatre (Indre)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES Retrécissements Inflammatoires du Rectum

Président de thèse : M. le Professeur BERNARD CUNÉO

PARIS
LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 13

—
1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N...
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.

III. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
ALGLAVE.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .	LARDENNOIS.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
AUBERTIN.....	Pathologie médicale.	LE LORIER.....	Obstétrique.
BASSET.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
BEAUDOUIN.....	Pathologie médicale.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
BINET.....	Physiologie.	LÉVY-SOLAL.....	Obstétrique.
BLANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
BRANCA.....	Histologie.	LIAN.....	Pathologie médicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
BUSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.....	Obstétrique.
CADENAT.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
CHAMPY.....	Histologie.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
CHIRAY.....	Pathologie médicale.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ^{ie} .
CLERC.....	Pathologie médicale.	MULON.....	Histologie.
DEBRÉ.....	Hygiène.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
DUVOIR.....	Médecine légale.	RICHET Fils.....	Physiologie.
ÉCALLE.....	Obstétrique.	ROUVIÈRE.....	Anatomie.
FIESSINGER.....	Pathologie médicale.	N... ..	Physique médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.	TANON.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expériment.	TIFFENEAU.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
HEITZ-BOYER...	Urologie.	VERNE.....	Histologie.
HOVELACQUE....	Anatomie.	VILLARET.....	Pathologie médicale.
JOYEUX.....	Parasitologie.	WELTER.....	Ophthalmologie.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS.....	Physiologie.	RETTERER.....	Histologie
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.	ROUSSY.....	Anatomie pathologique.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE...	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	PROUST.....	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE...	Clinique médicale.	RATHERY.....	Clinique médicale
LEREBoullet..	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale
LÉRI.....	Clinique médicale.	TERRIEN.....	Clinique ophtalmique
LÖPER.....	Clinique médicale.		

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	Chargé du cours de chirurgie orthopédique l'adulte pour les accidentés du travail, les militaires de guerre et les infirmes adultes
FREY	Stomatologie.
N... ..	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE

Témoignage de ma profonde affection filiale
et de ma reconnaissance pour tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés pour mes études.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BERNARD CUNEO
Professeur d'Anatomie médico-chirurgicale ;
Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière ;
Officier de la Légion d'Honneur.

Que nous remercions de l'honneur
qu'il nous fait en acceptant la prési-
dence de cette thèse.

A MES CHERS PATRONS D'INTERNAT

MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX;

MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU;

MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY;

MONSIEUR LE DOCTEUR MICHON,

Pour tout ce que nous avons vu et
appris à leurs côtés, et toute notre
affection respectueuse pour l'amitié
dont il nous ont donné si souvent le
témoignage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ TOUPET, .
Chirurgien des Hôpitaux,

Témoignage de mes sentiments de
vive reconnaissance en souvenir de ses
excellents conseils et de sa bienveillante
sollicitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

Externat :

1913-1914 : MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU.

1914 : MONSIEUR LE PROFESSEUR LEJARS.

1919 : MONSIEUR LE DOCTEUR PISSAVY, Médecin de
l'Hôpital Cochin.

Internat provisoire :

1920-1921 : MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND.
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine.

Internat :

1921-1922 : MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIGOUX,
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

1922-1923 : MONSIEUR LE DOCTEUR VEAU, Chirurgien
de l'Hospice des Enfants-Assistés.

1923-1924 : MONSIEUR LE DOCTEUR LABEY, Chirurgien
de l'Hôpital Lariboisière.

1924-1925 : MONSIEUR LE DOCTEUR ED. MICHON, Chi-
rurgien de l'Hôpital Beaujon.

A Monsieur le Professeur Agrégé P.-E. LAUNOIS (*in
memoriam*);

A Messieurs les Professeurs Agrégés R. GRÉGOIRE,
Chirurgien de l'Hôpital Tenon; F.-M. CADENAT,
Chirurgien des Hôpitaux; A. LEMIERRE, Médecin
de l'Hôpital Bichat ;

A Messieurs les Docteurs André MARTIN, Chirurgien
des Hôpitaux; J. ROLLAND, A. MAURER.

A Monsieur le Docteur Jean QUENU.

INTRODUCTION

Classés sous le nom de rétrécissements syphilitiques du rectum, syphilome ano-rectal, rétrécissements fibreux, cylindriques, les sténoses inflammatoires du rectum, bien connues en ce qui concerne leur évolution clinique et leur anatomie pathologique, restent encore bien mystérieuses par plus d'un point en ce qui concerne leur pathogénie, bien décevantes en ce qui concerne leur thérapeutique.

Nous avons eu l'occasion d'étudier vingt malades atteints de cette affection. Dans un cas un facteur étiologique nouveau, une nocardia, était indiscutablement en cause. Ce fait nous a incité à étudier la question pour en voir son état actuel.

Qu'il nous soit permis de remercier ici M. le Professeur Carnot, MM. les Docteurs Friedel et François Moutier qui, en mettant à notre disposition des malades et des documents multiples, en nous faisant bénéficier du fruit de leur expérience, nous ont permis d'édifier ce très modeste travail. Qu'il nous soit permis également de témoigner notre reconnaissance à M. le Professeur Cunéo et à M. le Professeur Hartmann qui ont bien voulu nous communiquer des observations et nous guider de leurs conseils.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A) MACROSCOPIQUE

1° LE RÉTRÉCISSEMENT TYPIQUE

Il est presque toujours unique, rarement formé de plusieurs rétrécissements superposés.

Siège. — C'est un rétrécissement bas situé occupant le plus souvent la région ampullaire inférieure. Son lieu d'élection se trouve à un ou deux centimètres au-dessus de la limite supérieure du sphincter externe.

Hartmann (83), dans une statistique récente, situe la stricture :

77 fois de 2 à 6 centimètres de l'anüs ;

2 fois à 8 ou 9 centimètres ;

1 fois à la partie moyenne de l'ampoule ;

1 fois à la partie supérieure de l'ampoule.

Dans 3 cas le rétrécissement englobe la partie supérieure de l'ampoule et la partie initiale du sigmoïde.

Dans un cas, il note deux strictures superposées.

l'une à 4 centimètres, l'autre à 12 centimètres de l'anus.

Sur les 20 observations que nous rapportons dans cette thèse, nous notons 17 rétrécissements siégeant entre 2 et 6 centimètres de la limite inférieure de l'anus, un seul rétrécissement haut situé à 10 centimètres.

Forme. Etendue. — Le rétrécissement est, dans la règle, cylindrique, canaliculaire, le calibre de l'intestin étant assez régulièrement rétréci sur une hauteur qui varie de 3 à 8 centimètres en moyenne. Plus rarement, il est annulaire, consistant en une virole d'un demi à un centimètre de haut, proéminente dans l'intestin.

Calibre. — La coarctation subie par l'intestin présente les degrés les plus variables et l'on observe toute la gamme, depuis le rétrécissement large facilement franchi par l'index, jusqu'au rétrécissement très serré, admettant avec peine une sonde urétrale de faible calibre. Jamais la lumière intestinale n'est complètement oblitérée.

L'anatomie chirurgicale du rétrécissement est facile à étudier sur une pièce opératoire fendue longitudinalement. La stricture est constituée par un cylindre, exceptionnellement un anneau de tissu gris jaunâtre, lardacé, dur, criant sous le couteau. L'épaisseur de ce cylindre augmente rapidement de bas en haut pour atteindre un maximum sur une

hauteur de quelques centimètres, puis diminue très progressivement d'importance. Elle est très variable, tantôt quelques millimètres, tantôt elle peut atteindre un, deux centimètres et plus en son segment maximum.

L'épaisseur de ce tissu calleux n'est d'ailleurs pas toujours égale sur tout le pourtour de l'intestin. Elle est parfois plus considérable d'un côté, ce qui rejette la lumière du côté opposé. Ce cylindre scléro-adipeux est uniquement constitué aux dépens de la *sous-muqueuse*. Sur la coupe, on le distingue très nettement de la muqueuse épaissie et des couches musculaires du rectum. Mais cette séparation n'est qu'une apparence. Il est impossible de disséquer le bloc calleux de ses revêtements muqueux et musculaire avec lesquels il est intimement fusionné. Tous les éléments du rectum forment un bloc indissociable. Seule, la couche musculaire externe du rectum est parfois séparable de la masse indurée sous-muqueuse. A l'intérieur du rétrécissement, côté lumière, on trouve rarement, jamais, disait Fournier, d'ulcération.

2° LÉSIONS EN AVAL

Nous ne décrivons pas ici les modifications de la muqueuse. Nous les retrouverons à l'étude clinique et rectoscopique. Nous n'insisterons que sur la fréquence des fistules qui partent de la région sous-stricturale pour aboutir à la région périanale et, chez la femme, fréquemment au niveau de la vulve, rarement au

niveau du vagin. Ces fistules sont souvent multiples, à court trajet, et sèches, comme l'avait remarqué Trélat. Nous insisterons également sur un fait qui nous paraît avoir une importance au point de vue chirurgical : la scléro-lipomatose sous-muqueuse se continue en aval du segment véritablement rétréci, parfois sur toute l'étendue du canal anal.

3° LÉSIONS EN AMONT

Le segment recto-colique sus-jacent à la sténose est dilaté et présente une hypertrophie nette de la tunique musculaire. Sa muqueuse est le siège d'altérations variables. Fournier admettait une ulcération constante d'autant plus profonde que le rétrécissement était plus ancien et, reprenant la description classique de Gosselin, il décrivait une ulcération unique se faisant en nappe sur une hauteur de 8 à 10 centimètres et « se terminant en haut d'une façon brusque par un rebord festonné au-dessus duquel la muqueuse reprend tout à coup son aspect normal ». L'existence d'une telle ulcération semble être tout à fait exceptionnelle. Tel est l'avis d'Hartmann qui ne l'a rencontrée qu'une fois sur 86 cas. Et de fait, depuis que l'on multiplie les examens rectoscopiques, on se rend compte que les lésions muqueuses sus-striecturales sont loin d'être toujours aussi accentuées. Ces lésions liées à la stase stercoale sont absolument banales et peuvent se traduire soit par un aspect rouge vineux, parfois phlegmoneux de la muqueuse,

soit par de petites ulcérations superficielles traduisant une recto-colite érosive pouvant d'ailleurs s'étendre fort loin.

Il est un point enfin sur lequel M. le Professeur Hartmann a bien voulu attirer notre attention.

La sclérose sous-muqueuse se continue certes en se dégradant bien au-dessus du point coarcté et peut intéresser un segment où la muqueuse ne paraît présenter aucune lésion. Ce fait présente un intérêt pour le chirurgien.

1° LÉSIONS PÉRI-RECTALES

L'anatomie chirurgicale du rétrécissement du rectum comprend aussi les lésions périrectales qui peuvent être considérables dans les cas de rétrécissements anciens et étendus. Elles sont constituées surtout par une péri-rectite scléro-lipomateuse en tous points comparable à la périnéphrite colibacillaire des lithiases infectées. Cette péri-rectite est surtout marquée le long des pédicules vasculaires hémorroïdaux moyens et supérieurs, et les vaisseaux englobés dans la masse sont eux-mêmes altérés, friables, difficiles à lier. Ces coulées de péri-rectite fixent le rectum, combler les clivages et rendent la libération beaucoup plus difficile que dans un cas de cancer. Parfois la gangue scléro-lipomateuse comble le petit bassin, envahissant tout le tissu cellulaire sous-péritonéal et, au milieu de la masse lardacée, il n'est pas rare de trouver, comme dans notre observation n° IV,

de petits abcès, point de départ possible de fistules pelvi-rectales supérieures.

Il peut également exister une pelvi-péritonite péri-rectale se traduisant par des brides cloisonnant ou comblant le Douglas et les culs-de-sac para-rectaux, pouvant même englober des annexes saines comme dans un cas de Morestin.

B) MICROSCOPIQUE

Au niveau du rétrécissement, les lésions histologiques rencontrées sont les suivantes :

1° MUQUEUSE

Elle est rarement normale, exceptionnellement ulcérée. En général, son épithélium cylindrique de revêtement est remplacé par un épithélium pavimenteux stratifié avec cellules à éléidine et parfois cellules cornées typiques, avec corps papillaires irréguliers. Sur certaines coupes, on peut trouver des zones où s'effectue le processus métaplasique.

Les glandes muqueuses s'altèrent et finissent par disparaître. Les culs-de-sacs sont séparés, enserrés par du tissu conjonctif embryonnaire. L'altération des cellules glandulaires se traduit tout d'abord par l'aspect trouble, granuleux du protoplasma, l'hypercoloration nucléaire. Les culs-de-sacs profonds apparaissent comblés par des cellules mortifiées, puis envahis, étouffés par la prolifération conjonctive ambiante.

Le chorion et la muscularis muscosae sont le plus souvent méconnaissables.

2° LA SOUS-MUQUEUSE

Elle est toujours considérablement épaissie et présente des modifications importantes. On peut lui considérer :

A) un fond conjonctif :

qui, suivant l'ancienneté des lésions ou leur degré d'organisation, se présente sous trois aspects :

- 1) tissu lâche à larges mailles constitué par de fines travées conjonctives enserrant des lobules adipeux ;
- 2) nappe de tissu conjonctif jeune richement collagène ;
- 3) travées importantes de tissu fibreux dense, sans répartition régulière.

B) des vaisseaux.

Leur nombre est extrêmement variable, ainsi que l'aspect qui en est la plupart du temps tout à fait normal. Les artérioles présentent parfois des lésions nettes d'artérite. Épaississement de l'endartère, lumière vasculaire comblée par des proliférations arrondies ou pédiculées émanées de la paroi interne. Les veines peuvent présenter également un épaississement partiel ou total de leur paroi externe ; leur lumière peut aussi être complètement oblitérée.

c) *une infiltration de cellules embryonnaires.*

Rarement lymphocitaire pure, cette infiltration est le plus souvent lympho-plasmocytaire avec grosse prédominance de plasmocytes. Assez souvent, il n'existe aucune systématisation. L'infiltration lympho-plasmocytaire se fait sans ordre net par coulées entre les bandes scléreuses. Parfois les éléments cellulaires se groupent en amas, en nodules. Ces nodules peuvent à leur tour se grouper autour des vaisseaux, artères ou veines, et dans ce dernier cas, on peut voir les éléments embryonnaires dissocier la tunique externe du vaisseau la pénétrant et contribuant à l'épaissir. Exceptionnellement de petits nodules complètement entourés de tissu fibreux adulte, semblent subir une dégénérescence centrale et ont pu être décrits comme nodules gommeux par Hartmann et Toupet. Enfin la répartition lympho-plasmocytaire peut donner à la coupe un aspect tuberculoïde. Au milieu d'une infiltration diffuse, on aperçoit des plaques plus denses au centre desquelles se trouvent une ou plusieurs cellules géantes plus ou moins bien individualisées.

3^e LA MUSCULEUSE

est souvent normale. Parfois des coulées de cellules embryonnaires s'insinuent entre la couche interne et externe. Parfois cette infiltration sépare, dissocie les fibres musculaires qu'elle étouffe. Le tissu musculaire peut disparaître en certains endroits.

En résumé, trois ordres de faits caractérisent les

lésions histologiques du rétrécissement inflammatoire du rectum : remplacement de l'épithélium cylindrique de la muqueuse rectale par un épithélium pavimenteux stratifié, sclérose sous-muqueuse importante avec infiltration lympho-plasmocytaire affectant suivant les cas une disposition très variable avec ou sans lésion vasculaire, parfois aspect tuberculoïde. Comment interpréter ces lésions ? Quénu et Hartmann, dans leur traité de chirurgie, essayent d'établir une classification histologique des rétrécissements du rectum et décrivent trois types : inflammatoire ; syphilitique ; tuberculeux.

Le rétrécissement tuberculeux existe d'une façon indéniable. Son existence avait été établie indiscutablement par Gilbert Sourdille. L'examen histologique permet-il, à lui seul, de l'affirmer ? Nous ne le croyons pas. Bien exceptionnels sont, en effet, les cas où l'on rencontre sur la coupe des follicules tuberculeux typiques avec ou sans zone de caséification. Le Bacille de Koch n'a jamais été mis en évidence sur les préparations. Il y a des cas où l'inoculation au cobaye est positive et où la stricture est purement inflammatoire, Sourdille en rapporte une belle observation. Les lésions rencontrées le plus souvent sont caractérisées par la présence d'une ou de rares cellules géantes plus ou moins nettement individualisées au milieu d'un amas lympho-plasmocytaire, et encore faut-il souvent multiplier les coupes pour les rencontrer. Est-ce suffisant pour affirmer la nature tuberculeuse de la stricture ? Nous n'oserions l'affirmer.

firmer et l'interprétation de ces aspects tuberculoïdes est difficile. Dans notre observation n° 9, où l'examen histologique révèle des cellules géantes, le rétrécissement apparaît nettement de cause vénérienne. Récemment, Gougerot, dans une communication à la Société de Dermatologie apporte deux cas dans lesquels la stricture est nettement tuberculoïde et l'inoculation au cobaye négative. Ces faits ne tendent-ils pas à prouver une fois de plus que la cellule géante n'est pas la signature certaine d'une tuberculose chaque fois qu'on ne la rencontre pas au milieu d'un follicule tuberculeux absolument typique. Retenons donc que, dans la majorité des cas, l'examen histologique est insuffisant pour nous faire porter à coup sûr le diagnostic de rétrécissement tuberculeux.

L'histologie permet-elle d'individualiser un rétrécissement syphilitique ? Pas davantage. Hartmann et Toupet lui donnaient comme caractères : la présence au milieu de plaques scléreuses d'amas embryonnaires péri-vasculaires. Lésions d'endartérite. Existence de nodules gommeux bien limités systématisés soit autour des artères, soit autour des veines, présentant parfois un début de désintégration au centre. Or, s'il est un fait bien établi à l'heure actuelle, c'est que les lésions de vascularite et périvascularite peuvent se retrouver dans tous les cas d'inflammation chronique, que cette dernière soit banale ou tuberculeuse. Les nodules gommeux décrits par ces auteurs ne répondent pas à la définition histologique de la gomme. Ces nodules peuvent d'ailleurs se rencontrer

sur des coupes de rétrécissements appartenant à des sujets indemnes de toute syphilis. Enfin, chez de nombreux syphilitiques, le rétrécissement se présente sans lésions vasculaires, sans infiltration embryonnaire à type nodulaire et à disposition péri-vasculaire.

Il semble donc impossible d'établir une classification des rétrécissements du rectum d'après les examens histologiques. Mis à part quelques cas exceptionnels où le diagnostic de tuberculose sera fait avec certitude à la lecture de la coupe, dans la majorité des cas les nuances observées sont trop subtiles pour permettre de poser une étiquette sur le rétrécissement étudié. Les lésions rencontrées sont toujours à peu près semblables, sauf quelques détails, quelle que soit la variété de rétrécissement. Elles doivent être considérées comme des lésions inflammatoires banales en tous points comparables aux lésions rencontrées dans d'autres rétrécissements inflammatoires de l'organisme. Le rapprochement entre le rétrécissement du rectum et le rétrécissement de l'urètre a été fait depuis longtemps. Le fait que les mêmes lésions se rencontrent dans des cas où le rétrécissement est lié à un genre spécifique, tuberculose, nocardose (Obs. VI), met en évidence le rôle des infections secondaires dans la genèse des rétrécissements du rectum, rôle peut-être prépondérant.

2° LES RÉTRÉCISSEMENTS ATYPIQUES

Le rétrécissement inflammatoire du rectum ne

possède pas toujours les caractères si particuliers que nous lui avons décrits. La sténose peut être atypique par son étendue, son siège. Les rétrécissements observés peuvent être multiples ou associés à d'autres sténoses siégeant en des niveaux variables sur le tube digestif.

A- Les rétrécissements étendus.

Il n'est pas très exceptionnel que le processus sténosant s'étende à tout le rectum et envahisse parfois le sigmoïde. On en trouve des observations très nettes dans la littérature. Bensaude en signale trois cas. Dans l'un, le rétrécissement commence à 5 centimètres de l'anus et se termine à 13 ou 14 centimètres plus haut. Dans les deux autres, il commence à 8, 10 centimètres au-dessus de l'anus, et empiète sur l'S iliaque.

B) Les rétrécissements à siège élevé.

La sténose peut avoir un siège élevé et être reconnue à 8, 10, 15 centimètres de l'anus, parfois elle intéresse la jonction recto-sigmoïdienne (Hahn, Kummel, Juliusberger, etc.).

c) Les rétrécissements multiples ou étagés.

Les observations de cette variété de rétrécissements, qui semble avoir été méconnue par Fournier, abondent dans la littérature. Perret, Sauri Ricardo ont les premiers signalé des cas de rétrécissement double. Perret a même publié un cas de rétrécissement triple. Gloeser opère un rétrécissement bas

situé et découvre, après intervention, un deuxième rétrécissement à 12 centimètres. Kummel, Theim apportent des cas de rétrécissements triples. Bensaude rapporte récemment une observation concernant une femme de 36 ans présentant un premier rétrécissement de tout le canal anal et de la partie inférieure du rectum et un second vers 14 centimètres de l'anus.

d) *Les rétrécissements associés.*

Enfin, le rétrécissement du rectum peut être associé à d'autres sténoses du tube digestif siégeant sur le colon sigmoïde, le transverse, le grêle. Nous verrons ultérieurement comment interpréter des faits et comment il faut concevoir la nature de ces rétrécissements associés et étagés.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE

Le rétrécissement inflammatoire du rectum est une affection relativement rare. Son étiologie apparaît singulièrement complexe, et de nombreux facteurs semblent entrer en jeu pour en provoquer la formation. Nous allons les passer en revue successivement.

1° SEXE

Il fut longtemps admis que le rétrécissement du rectum survenait de préférence chez les femmes : 3 à 4 femmes pour 1 homme.

Richard Poelchen (119), sur 215 cas, trouvait 190 femmes et 25 hommes, soit 86 % de femmes.

Carré (31) cite dans sa thèse 266 cas se répartissant ainsi : 210 femmes, 56 hommes, soit 72 % de femmes.

Ruge (130), 1907, publie 75 cas comprenant 69 femmes et 6 hommes.

Dorsemagen (47), 1911, sur 28 cas personnels, trouve 26 femmes.

Cette notion nous semble devoir être revisée à l'heure actuelle et la prédominance dans le sexe féminin n'apparaît plus aussi nettement. Des statistiques récentes semblent le prouver.

Yeomann (152), 1919, publie 30 cas, 19 femmes, 11 hommes.

Hartmann (83), 1922, dans sa statistique personnelle de 86 cas, trouve 50 femmes, 36 hommes, soit 58 % des cas appartenant au sexe féminin.

Buie (25), 1923, dans un travail rassemblant les 258 cas observés à la Clinique Mayo, de 1912 à 1922, trouve comme proportion 120 femmes et 138 hommes.

Enfin, dans nos 20 observations personnelles, nous relevons 11 hommes, 9 femmes, et dans 60 autres observations que nous avons colligées, 35 femmes, 25 hommes. La fréquence du rétrécissement du rectum nous apparaît donc à peu près égale chez l'homme et chez la femme, peut-être légèrement supérieure chez cette dernière.

2° AGE

Le rétrécissement se constitue à l'âge adulte et s'observe plus particulièrement de 20 à 40 ans.

Les cas d'Hartmann se répartissent en :

moins de 20 ans.....	2 cas
de 20 à 29 ans.....	16 cas
de 30 à 39 ans.....	39 cas
de 40 à 49 ans.....	24 cas

de 50 à 59 ans.....	7 cas
après 60 ans.....	1 cas

Dans les 80 observations que nous avons étudiées, nous trouvons comme répartition d'âge :

moins de 20 ans....		4
de 20 à 29 ans.....	2	22
de 30 à 39 ans.....	7	20
de 40 à 49 ans.....	4	11
de 50 à 59 ans.....	5	2
après 60 ans.....	2	1

20 cas 60 Observations
personn. colligées.

3° FACTEURS ÉTIOLOGIQUES INCRIMINÉS DANS LA PRODUCTION DU RÉTRÉCISSEMENT

A) *La syphilis*

est l'affection le plus souvent rencontrée dans les antécédents des malades. On la trouve signalée à peu près dans la moitié des cas :

Juliusberger	8 syphilitiques sur 20 malades;
Poelchen	96 syphilitiques sur 215 malades;
Allingham	35 syphilitiques sur 70 malades;
Yeomann	18 syphilitiques sur 30 malades.

Personnellement nous notons la syphilis chez 13 de nos 20 malades. Dans un cas, elle est nettement contractée après le début des accidents rectaux. Dans 60 autres observations colligées, nous trouvons 29 syphilis certaines.

B) *La tuberculose.*

L'existence du rétrécissement tuberculeux a été prouvée de façon incontestable par Gilbert Sourdelle, mais sa fréquence est extrêmement difficile à établir. Beaucoup d'auteurs, entre autres Riche, Delbet et Bréchet, sont tentés de la croire considérable. Il est difficile de se faire une opinion, beaucoup d'observations de rétrécissements tuberculeux étant très discutables. Dans les 80 cas que nous avons étudiés, nous n'en trouvons que 7 dans lesquels le diagnostic de tuberculose est posé avec certitude, soit moins de 1 pour 10.

c) *La pédérastie passive.*

Elle est fréquemment retrouvée dans les antécédents des malades atteints de rétrécissement du rectum, et nous avons pu faire avouer des habitudes sodomitiques à 7 sur 20 de nos malades. Dans les 60 observations que nous avons colligées, nous la retrouvons 12 fois et sa fréquence est certainement plus considérable. Ponfick voyait dans ces actes contre nature la seule étiologie des sténoses rectales qui succéderaient à de simples altérations de rectum traumatique. Cette opinion nous semble très exagérée, et il est beaucoup plus vraisemblable d'admettre seulement que la pédérastie passive intervient dans l'étiologie des sténoses en favorisant l'infection de la muqueuse ano-rectale par des germes vénériens, en particulier par le gonococque.

d) *La blennorragie ano-rectale.*

La localisation ano-rectale du gonococque paraît être un facteur étiologique certain du rétrécissement rectal et un facteur auquel il faut attacher une grande importance. Delbet et Mouchet furent les premiers en France à montrer le rôle possible de la blennorragie dans la genèse des rectites sténosantes. Depuis, dans les publications de Mérmet, Arnaud, Barthélemy, dans les multiples travaux allemands sur ce sujet, on trouve des faits qui semblent nettement confirmer cette manière de voir. Si la blennorragie ano-rectale n'est pas très fréquemment signalée dans les observations de rétrécissement du rectum (nous ne l'avons rencontrée que 6 fois avec certitude dans 60 observations), cela tient à ce que très souvent, aucune recherche du gonococque n'a été faite dans les sécrétions rectales et, eût-on fait la recherche, le résultat de l'examen aurait été bien souvent négatif, les malades étant le plus souvent examinés à la phase de sténose confirmée.

e) *Le chancre mou de l'anus.*

Le bacille de Ducret est peut-être à l'origine de certains rétrécissements. Si certains chancres mous de l'anus guérissent dans les délais normaux, assez souvent les ulcérations vont former une couronne entourée d'un énorme bourrelet inflammatoire envahissant le canal anal, et cette anite chancrelleuse, désespérante par sa chronicité, ne cédant parfois qu'à l'exérèse chirurgicale, peut précéder l'apparition

d'un rétrécissement qui se constituera rapidement.

F) Les nocardoses.

Les nocardoses sont certainement un facteur à envisager dans la genèse de certains rétrécissements du rectum. Nous en apportons une observation due à l'obligeance de F. Moutier. Cette observation, tout à fait typique, se rapproche de très près de trois cas rapportés récemment par Gougerot à la Société de Dermatologie. Il s'agissait de malades présentant autour de l'anus des bourrelets éléphantiasiques parfois énormes, s'étendant vers les organes génitaux, le périnée et envahissant le rectum. Le rôle des nocardia dans la production des sténoses rectales est-il fréquent ? Trop peu de recherches ont été faites dans ce sens pour que l'on puisse avoir à l'heure actuelle une opinion.

G) Facteurs étiologiques rares.

La dysenterie amibienne, la bilharziose, la lèpre sont indiscutablement à l'origine de certains cas exceptionnels de rétrécissement du rectum. Certains auteurs ont invoqué, en l'absence de toutes les causes précédentes, une fissure anale ou même l'irritation produite par le contact prolongé des matières dures au cours de la constipation opiniâtre et habituelle. Ces hypothèses nous paraissent bien loin d'être démontrées. Goodral et W.-E. Miles ont incriminé les inflammations chroniques utéro-annexielles, l'infection se propageant par les lymphatiques péri-rectaux.

Cette supposition apparaît bien peu vraisemblable et, avec Hartmann, il paraît bien plus logique de penser que, dans les cas rapportés par ces auteurs, une infection gonococcique a affecté en même temps les organes génitaux et la région ano-rectale.

CHAPITRE III

PATHOGENIE

Comment interviennent les différents facteurs étiologiques signalés dans la production du rétrécissement du rectum ? Nous ne voulons pas reprendre ici les multiples discussions ayant trait à la pathogénie des sténoses rectales. Disons qu'à l'heure actuelle le rétrécissement du rectum doit être considéré, *dans la majorité des cas*, comme le résultat évolutif d'une rectite. Cette rectite semble être le plus souvent sous la dépendance d'une affection vénérienne ano-rectale à laquelle va se surajouter, puis se substituer une infection banale, relevant des germes non spécifiques, hôtes habituels du colon terminal. Cette infection banale associée semble jouer un rôle prépondérant dans la genèse de la sténose. Cette théorie cadre bien avec l'évolution clinique dans la majorité des rétrécissements observés. Il y a des cas, certes peu nombreux, de blennorrhagie ano-rectale ayant pu être suivis depuis le stade aigu jusqu'à la phase de rétrécissement fibreux. Au début, la muqueuse ano-rectale est ecchymotique, boursoufflée,

luméfiée, exulcérée, saignant facilement. Après ce stade d'acuité, qui dure en général peu de temps, la rectite peut passer à la chronicité et, après quelques mois d'évolution, on observe, au point de vue histologique, les lésions suivantes constatées par Frisch (56) (qui effectua des prélèvements chez un malade atteint de rectite gonococcique et qu'il suivait depuis le début de la maladie) et confirmées par Neuberger : desquamation par places de l'épithélium cylindrique. Disparition d'une partie des glandes de Lieberkühn, alors qu'en d'autres endroits, on note une hypertrophie glandulaire à type adénome. Les glandes sont entourées d'une importante néoplasie conjonctive et on note une très forte infiltration de cellules rondes (Frisch), de cellules rondes et de plasmocytes (Neuberger) s'étendant dans la sous-muqueuse jusqu'à la musculuse. Les gonococques ne sont retrouvés que dans la couche muqueuse. Ne sont-ce pas là des lésions bien voisines de celles observées dans le rétrécissement fibreux !

L'affection continuant d'évoluer, on observe du côté de la muqueuse les modifications suivantes. Celle-ci devient plus pâle, se gonfle, se boursoufle, s'épaissit, ainsi que la sous-muqueuse, et perd sa souplesse (Staub) (134 *bis*). Bref, on voit évoluer une rectite chronique qui sera sténosante, et parfois s'accompagne de productions sessiles ou pédicules à type histologique papillome, fibro-embryonnaire ou adénome. (Cunéo et Durieux) (34), réalisant le type de la rectite proliférante et sténo-

sante suivant l'heureux terme proposé par Delbet et Mouchet après Hamonic. Celle-ci aboutira au rétrécissement typique. Le gonococque à lui seul semble donc pouvoir être à l'origine du rétrécissement rectal. Tout comme dans le rétrécissement blennorragique de l'urètre, auquel, histologiquement, la sténose inflammatoire du rectum est superposable, le rôle du gonococque n'intervient qu'au début. En mordant la muqueuse auquel il se cantonne, il prépare la voie aux infections secondaires auxquelles semble dévolu le rôle d'entretenir la chronicité et de causer les importantes lésions sous-muqueuses.

Le même processus évolutif, rectite précédant la sténose, se retrouve avec netteté chez des malades ayant présenté au niveau de l'anus un chancre mou, un chancre induré, des syphilides secondaires. Ces lésions sont rapidement suivies, dans les cas observés, de rectite qui continuera d'évoluer, alors que la lésion initiale se cicatrise et disparaît. Le bacille de Ducret, pas plus que le tréponème, ne semblent en cause dans la production de ces rétrécissements. Trop de malades atteints de chancres mous ou indurés de l'anus guérissent sans présenter ultérieurement une sténose rectale, pour ne pas admettre qu'un autre élément intervient pour causer la rectite. Cet élément surajouté est vraisemblablement le gonococque, les associations vénériennes étant très fréquemment observées chez ces malades pédérastes. Dans beaucoup de cas, le rétrécissement du rectum

sé présente donc comme l'aboutissant d'une rectite chronique, le plus souvent proliférante et sténosante, liée à une affection vénérienne locale. Ce processus évolutif nous permettra d'isoler un premier groupe de rétrécissements du rectum englobant une bonne part des cas de sténose et que nous étiquetterons *rétrécissements vénériens du rectum*.

Ce sont les plus fréquentes. Toujours bas situés, ils s'observent chez des sujets jeunes, s'étant livrés presque tous à des actes sodomiques. On retrouvera toujours avec netteté chez ces malades la phase de rectite aiguë, puis celle de rectite chronique précédant la sténose. Le gonococque est souvent en cause avec certitude, souvent avec probabilité, seul ou associé à d'autres lésions vénériennes anales, chancre mou ou lésions syphilitiques primaires ou secondaires.

A côté de ce groupe important existent d'autres variétés de sténoses inflammatoires dont l'existence semble liée à l'action d'un germe spécifique et dont la pathogénie est encore bien obscure.

Le *rétrécissement tuberculeux* compte parmi ceux-là. Existant sans aucun doute, comment le bacille de Koch peut-il le créer ? Le bacille de Koch peut venir se localiser au niveau du rectum par deux voies : digestive ou sanguine. La voie digestive est certainement la plus souvent en cause. On sait avec quelle fréquence le bacille de Koch est retrouvé au niveau de la région ano-rectale. Sa présence est-elle suffisante pour expliquer la création d'une rectite tuber-

culeuse évoluant vers le rétrécissement ? C'est possible, mais non démontré. Il n'existe dans la littérature qu'une seule observation de rectite proliférante imputable à la tuberculose. C'est une observation de Sourdille dans laquelle l'auteur relate l'examen histologique des végétations et le résultat d'une inoculation au cobaye. Or, si la végétation inoculée a tuberculisé le cobaye, rien dans sa structure ne permet de la rapporter à la tuberculose. L'histologie a montré des lésions inflammatoires banales; aussi, Sourdille, tout en penchant pour la tuberculose, n'ose l'affirmer. Il semble beaucoup plus rationnel d'admettre que le bacille de Koch, venu jusqu'au rectum par la voie digestive, puisse agir sur la muqueuse rectale de deux façons. Ou bien à la faveur d'une éraillure, il se produit une ulcération tuberculeuse, lésion primitive à la suite de laquelle se développe une rectite mixte sténosante liée aux germes banaux et au bacille tuberculeux. Ou bien le bacille de Koch ne jouera que le rôle d'un agent secondaire au même titre que les saprophytes banaux de l'intestin. Il viendra tuberculiser un rétrécissement en évolution. Beaucoup de cas, étiquetés rétrécissements tuberculeux dans la littérature, nous apparaissent sous ce jour avec netteté, et cette tuberculisation secondaire nous paraît être relativement considérable.

Le bacille de Koch peut aussi se localiser au rectum par la voie sanguine. On retrouve dans la littérature des faits, très rares d'ailleurs, pour ne pas dire exceptionnels, permettant d'incriminer nettement la

voie sanguine. Le plus souvent, les observations concernent des cas de rétrécissements multiples, étagés, intéressant à la fois le rectum et le gros intestin. Le rétrécissement rectal imputable uniquement au bacille tuberculeux nous apparaît comme rare. Les observations de sténoses classées comme tuberculeuses nous semblent des cas mixtes, dans lesquels le bacille de Koch joue certainement un rôle, les infections associées un autre et ce dernier est peut-être prépondérant. *

Le *rétrécissement syphilitique* constitue un autre groupe de rétrécissements du rectum, mais mérite-t-il de conserver une place importante dans la classification des sténoses rectales ? En d'autres termes, la syphilis joue-t-elle un rôle considérable dans la genèse des strictures inflammatoires ? Nous sommes tentés de croire que ce rôle est tout à fait effacé. En 1874, en décrivant le syphilome ano-rectal, néoplasie tertiaire scléro-gommeuse de la sous-muqueuse ano-rectale, Fournier donne l'appui de sa haute autorité à la théorie syphilitique du rétrécissement du rectum et, pendant fort longtemps, tout rétrécissement fibreux du rectum était classé rétrécissement syphilitique.

La théorie du syphilome ano-rectal ne commence à être battue en brèche qu'en 1885 par Hamonic (75), qui décrit la rectite proliférante vénérienne et non vénérienne. En 1892, Duplay, qui avait accepté la théorie de Fournier, lui fait des objections de valeur : absence de syphilis chez de nombreux malades, inefficacité du traitement. En 1893, Delbet et Mou-

chet (14) reprennent les arguments de Duplay et ajoutent un autre argument contre la théorie du syphilome : l'absence de lésions histologiques caractéristiques de la syphilis tertiaire. Ces auteurs font du rétrécissement fibreux l'aboutissant d'une rectite non spécifique, proliférante et sténosante, et entrevoient le rôle possible du gonococque. En 1891, Sourdille établit avec netteté le rétrécissement tuberculeux. Entre temps, les nombreux travaux allemands et autrichiens, parmi lesquels ceux de Neisser, Frisch, Neuberger, König, Mikulicz, Jadarsohn, mettent en évidence le rôle de la blennorragie ano-rectale dans la genèse des sténoses. La théorie du syphilome ano-rectal perd ainsi chaque jour du terrain et, à l'heure actuelle, tout le monde est à peu près d'accord pour admettre que la syphilis joue peut-être un rôle dans la production de rétrécissement, mais on tend à attribuer à ce rôle une action indirecte. C'est ce que pensent en France Bensaude, Hartmann; en Allemagne Ruge, Exner, Dorsemagen; en Angleterre Lockhardt, Mummery, pour qui la syphilis joue un rôle si effacé dans la production des rétrécissements du rectum qu'il dit n'avoir jamais rencontré de rétrécissement syphilitique dans sa carrière, au Saint-Marc Hôpital. En Amérique, beaucoup d'auteurs attribuent encore un rôle de premier plan à la syphilis en se basant sur la réaction de Wassermann positive et des lésions d'artérite constatées à l'histologie. C'est du moins ce qui ressort des publications de Asman,

Crippa, Ball, Tuttle (142), Buie (25), Drucek (49), Yeomann (152), et surtout Franckenburger (57).

Il semble à peu près certain à l'heure actuelle que le rétrécissement du rectum, accident constitutionnel de la syphilis, apparaît comme exceptionnel. Le terme de rétrécissement syphilitique, de syphilome ano-rectal doit, sinon disparaître, du moins être réservé à un tout petit nombre de faits.

Une chose est certaine, à peu près la moitié des malades atteints de rétrécissements dits syphilitiques du rectum ne sont pas syphilitiques. Aucun examen histologique n'a permis de découvrir des lésions analogues à celles de la syphilis tertiaire. Le traitement spécifique n'agit jamais. L'inefficacité du traitement n'est d'ailleurs pas un argument de valeur contre la théorie du syphilome. Comme le faisait remarquer Fournier, le traitement s'adresse à des lésions organisées fibreuses non régressives. Deux faits semblent à notre avis plus importants. Certains malades atteints de rétrécissement dit syphilitique ont contracté leur syphilis après le début des accidents rectaux (deux cas de Jersild (91), un cas de Bensaude, un cas personnel). D'autre part, beaucoup de malades atteints de sténose sont des syphilitiques jeunes, ce qui ne cadre pas avec le syphilome, lésion tertiaire.

Le rôle joué par la syphilis semble donc être bien effacé. Au stade primaire ou secondaire, nous avons vu qu'elle pouvait, en tant que lésion locale, seule ou associée à une autre maladie vénérienne, être cause initiale d'une rectite qui évolue vers la sténose. A la

période tertiaire, le tréponème peut-il, par voie sanguine, venir se localiser au niveau du rectum et y provoquer la formation d'une lésion scléro-gommeuse, d'un syphilome ? C'est vraisemblable et difficile à ne pas admettre, étant donné que l'on peut rencontrer sur le tube digestif, en particulier au niveau de l'estomac, des lésions syphilitiques tertiaires; mais ceci apparaît comme bien exceptionnel. Nous verrons à l'étude clinique que certains cas très rares de rétrécissements rentrent dans ce cadre et peuvent être interprétés comme tels : rétrécissements hauts situés, canaliculés, longs, survenant chez des malades âgés, syphilitiques certains et anciens, peu ou pas traités, et chez lesquels on ne retrouve aucune rectite initiale, aucun autre facteur étiologique que la syphilis. C'est avec plus de certitude encore que dans ces cas que l'on pourra imputer à la syphilis tertiaire certains rétrécissements étagés ou associés à d'autres rétrécissements coliques chaque fois que la tuberculose ne pourra être mise en cause. La voie suivie par l'infection causale dans ces rétrécissements étagés paraît être nettement la voie sanguine. Bacille de Koch ou tréponème paraissent seuls pouvoir être mis en cause.

Les *rétrécissements dysentériques* ne sauraient être niés. Quel est le rôle de l'amibe dans leur production ? Il apparaît bien secondaire, étant donné la rareté de ces rétrécissements comparés aux multiples cas de dysentérie amibienne. Pas plus que la recto-

colite érosive banale, la dysentérie amibienne avec ses lésions muqueuses importantes, n'a de tendance à produire des rétrécissements, et ceci prouve d'ailleurs « que des lésions même importantes de la muqueuse rectale ne suffisent pas à produire la sténose inflammatoire. Pour qu'elle se produise, il faut l'intervention d'autres facteurs. » Bensaude. — Quel est le facteur accessoire qui joue dans la dysentérie amibienne pour provoquer l'apparition d'un rétrécissement ? Aucune observation ne permet, à l'heure actuelle, de résoudre ce problème. Il n'en est pas de même du

Rétrécissement bilharzien qui semble imputable au parasite et au parasite seul. Il nous reste à envisager la question des *nocardoses rectales*, des rétrécissements inflammatoires du rectum imputables à une nocardia. Nous apportons la première observation typique de rectite chronique proliférante et sténosante dans laquelle une nocardia a été isolée et cultivée par F. Moutier, à qui appartient tout le mérite de la découverte. Quel rôle a joué cette nocardia dans la production de cette rectite sténosante ? Est-elle seule en cause ? ou s'est-elle associée aux saprophytes intestinaux ? Il serait prématuré de tirer trop de conclusions d'un seul cas. Nous ne sommes cependant pas éloignés de croire que si l'on veut bien orienter des recherches dans ce sens, pratiquer des cultures de biopsie dans tous les cas de rétrécissements du rectum et ne pas se laisser décou-

rager par les difficultés techniques, on arrivera à démontrer qu'un germe du genre nocardia, si voisin d'ailleurs du bacille de Koch, joue un rôle important dans la genèse des strictures rectales. .

CHAPITRE IV

ETUDE CLINIQUE

I. — Le rétrécissement vénérien

De beaucoup le plus fréquent, ce rétrécissement, toujours bas situé, s'observe presque exclusivement chez des sujets jeunes. L'examen de nombreux malades, atteints de cette variété de sténose, permet de suivre les étapes de sa constitution et de décrire trois phases :

- a) une phase initiale préparatoire ;
- b) une phase de rectite chronique ;
- c) une phase de sténose confirmée.

a) PHASE INITIALE

Elle est caractérisée par l'existence d'une lésion vénérienne anale ou ano-rectale, chancre mou, chancre syphilitique, syphilides secondaires, blennorragie. Le malade est rarement suivi depuis cette période qu'il faut toujours rechercher soigneusement par l'interrogatoire. Ce dernier permet souvent de faire avouer la pédérastie et de retrouver avec net-

teté des signes de rectite aiguë apparus quelques jours après un coït contre nature : prurit anal, cuisson, brûlures vives accompagnées de ténésme, d'épreintes violentes ; douleurs particulièrement vives au moment de la défécation, parfois à type fissuraire ; écoulement anal laiteux verdâtre, parfois sanglant. Ce sont là des signes de rectite aiguë gonococcique. Parfois les phénomènes rectaux auront eu moins d'acuité. Ils ont pu s'accompagner d'adénite inguino-crurale, de bubons. Cette phase aiguë initiale dure un temps variable. Elle est particulièrement courte quand le gonococque est en cause. Dans ce cas, avec une flambée d'une quinzaine de jours, les phénomènes fonctionnels s'amendent souvent spontanément, même en l'absence de traitement.

b) PHASE DE RECTITE CHRONIQUE

Nombreux sont les malades que l'on aura l'occasion de suivre depuis cette période jusqu'à celle de sténose confirmée.

Signes fonctionnels :

On note :

1° des douleurs, le plus souvent sourdes, pesant rectale, du ténésme, de faux besoins avec épreintes. L'intensité de ces symptômes est extrêmement variable avec les cas ;

2° des troubles de la défécation. Les selles sont difficiles et douloureuses, mais il est important de noter ce fait que la difficulté des évacuations n'a pas

de rapport direct avec la diminution de calibre du rectum. Dans notre observation n° IX la défécation était si pénible qu'un anus iliaque dut être établi alors que le calibre rectal n'était que faiblement diminué;

3° des écoulements anormaux par l'anus. Ces écoulements sont constants, constitués par des glaires parfois sanguinolents, souvent par un mélange de glaires et de pus; ils précèdent les matières ou les accompagnent. Leur émission peut être continue, involontaire, l'incontinence partielle étant fréquente par déficience précoce du sphincter.

Signes généraux.

L'état général est peu ou pas altéré. Il est beaucoup plus sous la dépendance de l'intensité de la constipation et des troubles digestifs qu'elle entraîne que sous l'influence de la suppuration rectale.

Signes physiques.

L'examen de la région anale peut, à part de l'érythème, ne rien déceler de bien particulier. Fréquemment cependant, on observe des végétations péri-anales, blanchâtres, grisâtres ou rosées dont le nombre est variable. Le plus souvent sessiles, leur volume peut atteindre celui d'une noisette ou davantage. Elles s'implantent sur la muqueuse, parfois débordent sur la zone cutanée. Dans quelques cas, elles se disposent suivant les plis radiés, réalisant le bouquet condylomateux type (Observ. n° IX). Elles

sont fermes, élastiques, régulières et lisses au palper sans aucune tendance à saigner. Elles peuvent coexister avec des végétations vaginales occupant avec prédilection la paroi supérieure de cet organe, et ces dernières s'accompagnent d'hypertrophie des plis de la muqueuse du vagin (Hamonic, Wedl).

L'examen du canal anal peut être très facile. Après avoir déplissé les plis radiés, une béance traduisant la déficience sphinctérienne totale peut permettre d'apercevoir la muqueuse nettement épaissie, gristre, mamelonnée de saillies plus ou moins importantes qui ne sont que la continuation des végétations condylomateuses vues à l'extérieur. Dans d'autres cas, au contraire, par suite d'une contracture marquée du sphincter, le canal anal ne pourra être exploré que par le toucher rectal et le rectoscope. Ces explorations seront alors particulièrement douloureuses. Elles donnent d'ailleurs des renseignements variables avec le degré d'ancienneté des lésions et des cas considérés. Le plus souvent, les signes observés sont ceux d'une rectite proliférante chronique et sténosante. Au toucher, l'on constate que la muqueuse est épaissie par places, parsemée de saillies le plus souvent sessiles, fermes, irrégulières, dont le volume extrêmement variable peut aller d'un grain de mil à un grain de raisin. Ces mamelons, qui ont parfois la dureté de la corne, sont bien rarement pédiculés. Entre eux, la muqueuse, bien qu'épaissie, n'a pas perdu toute sa souplesse. L'importance de ces saillies va en diminuant progressivement au fur et à

mesure que l'index pénètre plus avant dans l'ampoule. A bout de doigt, en général, on a l'impression tactile d'une muqueuse saine.

La rectoscopie permet de confirmer des renseignements fournis par le toucher. Elle montre une muqueuse blanchâtre, grisâtre, tomentueuse, donnant l'impression d'une chéloïde vernissée. Les saillies perçues au toucher, fortement en relief, apparaissent comme des mamelons blanchâtres et brillants, à large implantation, faiblement exubérants.

La rectoscopie permet de constater en outre, mieux que par le toucher, le dégradé des lésions au fur et à mesure que l'on s'éloigne de l'anus. A 5, 6, 10 centimètres au maximum, on retrouve une muqueuse saine.

Durée.

La durée de cette phase de rectite chronique est assez difficile à établir. La transformation en sténose fibreuse se fait d'une façon insensible et rares sont les observations dans lesquelles le malade est suivi depuis le début des accidents. Dans un cas de Hartmann (83), une malade est vue en 1891 avec une rectite et deux petites ulcérations anales ; en 1892 les signes de rectite persistent, apparition de condylomes anaux, d'un épaissement de la muqueuse du canal anal qui est inégale, mamelonnée, excoriée superficiellement. En 1893, sténose typique basse. Le rétrécissement s'est constitué en deux ans.

Dans une observation rapportée par Bensaude il

s'agit d'un homme de 47 ans, syphilitique et blennorragique. A un premier examen l'auteur trouve à 6 centimètres de l'anus une série de petites érosions du volume d'une grosse tête d'épingle associées à quelques petites verrues légèrement plus volumineuses. Ces lésions existaient sur une hauteur de 2 à 3 centimètres. Un an plus tard, il trouve une rectite verruqueuse proliférante typique laissant encore passer le rectoscope de 20 millimètres. Six mois après, il y avait un rétrécissement annulaire nettement constitué à 6 centimètres au-dessus de l'anus et ne laissant plus passer aisément que le rectoscope de 10 millimètres. L'évolution s'est donc faite en moins de deux ans.

Dans notre observation n° VIII, la phase de rectite semble avoir été beaucoup plus longue. Les signes de sténose sont apparus après huit ans. Des ulcérations rectales ont été constatées au début par la rectoscopie.

Dans notre observation n° XII, le rétrécissement s'est constitué en quatre ans.

c) PHASE DE STÉNOSE

1° *Symptômes fonctionnels.*

A mesure que la sténose se constitue, ses signes se précisent et se superposent à ceux de la rectite.

A la sensation permanente de plénitude rectale, au ténesme, aux épreintes, aux besoins réels et faux besoins d'expulsion fréquemment répétés et se renouvelant d'autant plus qu'ils sont moins satisfaits, se

surajoutent des *troubles de la défécation* qui dominent nettement le tableau clinique.

La constipation est remarquable surtout par son intensité et sa persistance. Les selles deviendront très progressivement de plus en plus rares. Les malades n'arrivent plus à obtenir d'évacuation que tous les quatre, cinq jours, et parfois plus, et cela en dépit de sollicitations multiples, malgré l'emploi de laxatifs et de purgatifs variés. Les selles ne sont pas seulement rares, elles sont difficiles et ne sont obtenues qu'au prix de véritables efforts, de souffrances très vives. Les malades s'ingénient parfois à trouver des procédés extraordinaires pour obtenir une évacuation qui les soulage, telle la classique malade de Godebert, citée par Fournier. Les selles enfin sont très modifiées. Les matières, en franchissant le défilé rectal, sont littéralement passées à la filière et sortent étirées, effilées, rubannées. Plus rarement, on note des débâcles liquides mêlées de fragments solides. Les écoulements anormaux par l'anūs sont constitués, comme à la phase de rectite, par du mucus, du pus, des glaires sanglantes, accompagnant ou précédant les matières. Souvent ils constituent à eux seuls une évacuation qui s'échappe en fusée. L'incontinence est fréquente, un suintement continu s'installe et l'importance des écoulements purulents est parfois telle que les malades sont obligés de se garnir.

2° *Symptômes physiques.*

L'examen de la région anale montre, outre la pré-

sence possible de condylomes, l'existence d'orifices de fistules prenant la plupart du temps leur point de départ au-dessous du rétrécissement. Les orifices de ces fistules qui existent dans un tiers des cas environ (Hartmann) siègent au périnée, au niveau de la vulve, de la fourchette. Par ces orifices s'écoule un pus fétide. Parfois des orifices multiples transforment le périnée en un véritable clapier.

Le toucher rectal donne des renseignements presque pathognomoniques. Le doigt s'engage dans un entonnoir à parois résistantes, dures, bosselées, irrégulières, et vient généralement buter contre un anneau plus dur dans lequel il s'encastre. Rarement l'index franchit cet anneau, s'engageant alors dans un canal rétréci de 1 à 3 centimètres. Il est bien exceptionnel que l'exploration digitale permette de franchir ce défilé particulièrement serré et l'exploration de la zone sus-sticturale.

La rectoscopie donne une certitude au diagnostic en montrant des images tout à fait caractéristiques. Le tube pénètre dans une cavité irrégulière dont le calibre va en décroissant de bas en haut. La paroi de cette cavité est constituée par la muqueuse rectale très modifiée. Celle-ci, non ulcérée, est parsemée de taches ecchymotiques non saignantes, hérissée de mamelons, de bandes enchevêtrées, faiblement saillantes, opalines, blanchâtres, d'aspect porcelainé. L'insufflation légère permet de se rendre compte de l'état de rigidité de la paroi rectale. Au fur et à mesure que le tube progresse, la souplesse diminue

et à 4, 5, 6 centimètres de l'an us, on a l'image suivante : un orifice plus ou moins régulièrement annulaire bordé de granulations, de mamelons opalins, parfois très vascularisés jamais friables. C'est l'orifice inférieur de la zone particulièrement coarctée. Parfois, si les tissus sous-jacents ont gardé une certaine souplesse, cette zone peut se présenter comme un diaphragme perforé au centre ou excentriquement par un orifice circulaire ou triangulaire (Bensaude), mais ce diaphragme a toujours un aspect très irrégulier, mamelonné de saillies blanchâtres, lisses, brillantes. L'orifice qui marque l'entrée de la zone rétrécie au maximum peut être très étroit et ne permettre qu'un cathétérisme avec une petite sonde urétrale. Assez souvent il permet l'introduction d'un petit tube qui parcourt alors un canal rétréci de 1, 2, 3 centimètres au maximum à parois granuleuses, souvent rouges, rarement saignantes, puis subitement, c'est la zone sus-stricturale où la muqueuse est rouge avec, le plus souvent, des lésions de rectocolite érosive, parfois des ulcérations plus étendues.

d) EVOLUTION

Quand la sténose est constituée, l'état général s'altère progressivement et parfois rapidement. Chez ces malades perpétuellement anxieux, les troubles digestifs liés à la rétention stercorale entraînent un affaiblissement marqué, un amaigrissement rapide, des suppurations péri-rectales amorce de nouvelles fistules, s'installent et contribuent à épuiser les malades.

La sténose entre dans sa phase de complications, phase commune d'ailleurs à tous les rétrécissements inflammatoires du rectum et sur laquelle nous n'insisterons pas. La mort est l'aboutissant fatal d'une sténose abandonnée à elle-même. Elle relève de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire qui trouve là un terrain particulièrement favorable, d'une dégénérescence amyloïde des viscères, à moins qu'une crise aiguë d'occlusion ne vienne mettre un terme à l'obstruction chronique installée depuis longtemps. Plus exceptionnellement, la mort peut relever d'une péritonite aiguë par perforation. Cette dernière peut siéger au niveau du rectum et être la conséquence de l'enclavement d'un corps étranger dégluti. Parfois la perforation peut se faire en un point quelconque du cadre colique, les lésions de colite ulcéreuse pouvant s'étendre très à distance du rectum. Mais si la mort est l'aboutissant fatal du rétrécissement non soigné, il nous faut insister sur l'extrême lenteur de l'évolution. Nombreux sont les malades qui tolèrent leur sténose pendant des années, parfois 8, 10, 15 ans et même plus.

II. — Le rétrécissement tuberculeux

Peut-il être individualisé au point de vue clinique ? Du travail important de Sourdille se dégagait cette notion que, tant au point de vue anatomique que clinique, le rétrécissement tuberculeux

ressemblait par plus d'un point au rétrécissement inflammatoire du rectum dont la nature syphilitique commençait à être fortement battue en brèche à l'époque. L'auteur donnait comme caractère particulier à la sténose tuberculeuse : anatomiquement la tendance du rétrécissement à s'étendre en hauteur, à atteindre parfois le colon sigmoïde. Cliniquement, un début chez un adolescent ou un adulte jeune par une phase initiale très courte se traduisant par des signes de rectite aiguë avec un symptôme particulier, la rectorrhagie abondante se produisant à intervalles variables. Sourdille n'hésite pas à considérer cette dernière comme pathognomonique et la compare à l'hémoptysie du début de la tuberculose pulmonaire. A cette phase initiale ferait suite une période absolument latente, muette au point de vue symptômes et pouvant durer plusieurs années, puis s'installerait la phase de sténose sans caractères propres. Les nuances anatomiques et cliniques en faveur de la tuberculose apparaissaient donc comme bien peu caractéristiques. Frappés de la similitude existant entre le rétrécissement tuberculeux et inflammatoire, certains auteurs en arrivent à faire jouer au bacille de Koch un rôle prépondérant dans la genèse des sténoses rectales et à considérer le rétrécissement tuberculeux comme extrêmement fréquent. Riche n'écrivit-il pas que toutes les sténoses fibreuses du rectum étaient de nature tuberculeuse ! L'étude minutieuse de nombreuses observations nous conduit à envisager le rétrécissement tuberculeux sous

un autre aspect, et nous classerons les cas de sténose rectale, dans lesquels le bacille de Koch est en cause, en trois catégories :

a) La tuberculose hypertrophique ou ulcéro-hypertrophique primitive du rectum.

b) Les rétrécissements, que l'on peut étiqueter tuberculeux, car la lésion princeps est une lésion bacillaire ano-rectale qui sert d'amorce à une rectite mixte. Bacilles de Koch et saprophytes banaux travaillent de pair pour édifier la sténose.

c) Les rétrécissements, que nous pourrions appeler tuberculisés, de beaucoup les plus fréquents. Ce groupe englobe les cas complexes dans lesquels on retrouve des facteurs étiologiques multiples, le plus souvent vénériens, et dans lesquels le rôle du bacille de Koch est mis en évidence soit par l'examen histologique, soit par des inoculations.

a) LA TUBERCULOSE HYPERTROPHIQUE OU ULCÉRO-HYPERTROPHIQUE DU RECTUM

En tous points comparable à certaines formes de tuberculose iléo-cæcale, la tuberculose hypertrophique ou ulcéro-hypertrophique primitive du rectum est tout à fait exceptionnelle. Elle mérite cependant d'être isolée, car elle ne répond en rien, tant au point de vue anatomique que clinique, au rétrécissement fibreux du rectum. Une très belle observation de Berger se trouve rapportée dans la thèse de Lapointe (100). Nous la résumerons brièvement.

Il s'agit d'un homme de 49 ans présentant depuis six ans d'une façon intermittente des hémorragies anales au moment de la défécation. Depuis trois ans les hémorragies sont moins abondantes, mais des douleurs ont fait leur apparition, brûlures très vives en allant à la selle, douleurs continuelles exaspérées par la marche dans l'intervalle des garde-robes. Le malade a notablement maigri et les troubles de la défécation sont assez prononcés pour l'empêcher de travailler. Envies fréquentes, faux besoins n'aboutissant qu'à l'expulsion de quelques glaires. Les selles sont liquides, mélangées à des glaires et à des filets de sang. Depuis deux ou trois mois, à ces symptômes dans lesquels la douleur tient le premier rang, s'est ajoutée l'incontinence des sécrétions rectales, écoulement continu par l'anus de liquide ichoreux purulent. L'inspection de l'anus montre un bourrelet constitué par des tumeurs d'aspect hémorroïdaire assez turgescentes et fermes. Le doigt introduit dans le rectum n'éprouve pas la constriction normale du sphincter, et à 1 centimètre et demi de l'orifice anal, il tombe sur une ulcération occupant toute la paroi latérale droite et une partie de la paroi postérieure du rectum. Cette ulcération repose sur une base nettement indurée et saillante, formant tumeur. Elle est recouverte de bourgeons assez mous qui saignent facilement et souillent le doigt de débris sanieux. Les bords en sont saillants, légèrement festonnés, durs. En hauteur, l'ulcération ne s'étend pas au delà de 4 à 5 centimètres de l'anus. La surface est douloureuse

au toucher; on ne trouve pas trace d'adhérences profondes; partout la paroi du rectum glisse sur les plans sous-jacents. Un gros ganglion dur et mobile est perçu dans le triangle de Scarpa droit. L'amputation périnéale du rectum sans conservation du sphincter est pratiquée. L'examen histologique de la pièce opératoire montre une infiltration de toutes les tuniques rectales par de très nombreux follicules tuberculeux typiques, d'autant plus nets que l'on se rapproche de la zone ulcérée. Les follicules tuberculeux sont encadrés de tissu conjonctif qui commence à s'organiser en tissu de sclérose.

La tuberculose hypertrophique du rectum peut s'associer à d'autres manifestations tuberculeuses frappant le tractus digestif. Sourdille (135) avait retrouvé deux observations anciennes où se trouve notée la coïncidence d'un rétrécissement rectal avec d'autres rétrécissements tuberculeux siégeant sur le gros intestin. Lapointe (100) rapporte une observation plus probante. Chez un homme décédé de tuberculose pulmonaire et ayant présenté des phénomènes de tuberculose intestinale, l'autopsie révèle des altérations disséminées à la surface de l'iléon et du gros intestin. La muqueuse de l'iléon est parsemée d'ulcérations tuberculeuses typiques, disposées perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Les lésions du gros intestin sont à la fois ulcéreuses et hypertrophiques avec, par places, diminution considérable du calibre. A partir du cæcum, dont la surface est ulcérée, on trouve, alternant avec des ulcérations, quatre rétré-

cissements cylindriques superposés hauts de 8 à 10 centimètres, le plus inférieur siégeant à 10 centimètres de l'anus. L'histologie confirme le diagnostic de tuberculose.

Ces tuberculoses hypertrophiques ou ulcéro-hypertrophiques du rectum, existant seules ou associées à d'autres manifestations tuberculeuses du tractus intestinal, semblent donc bien devoir être isolées. Les cas de rétrécissement du rectum associées à d'autres rétrécissements coliques sont nombreux à l'heure actuelle; ils ne peuvent être imputés qu'à la tuberculose ou à la syphilis comme nous le verrons tout à l'heure, la voie sanguine ayant amené à pied d'œuvre en plusieurs points à la fois le germe spécifique causal.

b) LE RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX

Une observation très démonstrative de Ricard se trouve rapportée dans le travail de Sourdille (135). Il s'agissait d'un jeune homme présentant une érosion chancriforme au niveau du sillon balano-préputial de nature incertaine. Chancre mou ? Chancre induré ? Comme il survient une adénite suppurée de l'aîne, on opte pour le diagnostic de chancre mou. L'érosion guérit, mais l'adénite incisée traîne ; apparition d'autres ganglions iliaques qui suppurent et doivent être incisés. L'examen du pus prouve indiscutablement que toutes les adénites incisées étaient de nature tuberculeuse. La guérison n'est obtenue qu'après de

longs mois et se maintient un an. Le malade est revu alors pour des douleurs fissuraires. Ricard constate une érosion sur la partie latérale droite de l'anus, mais il est impossible de l'explorer complètement, tellement étaient grandes la contraction du sphincter et la douleur résultant de l'examen. Une dilatation anale fait disparaître les douleurs, mais à partir de ce moment apparition de phénomènes de rectite avec ténésme, écoulements muco-purulents qui s'accroissent par la suite. Le malade est revu et l'on reconnaît une ulcération anale, à bords déchiquetés, à fond irrégulier, et dans le canal anal, une ulcération plus profonde. La muqueuse rectale semble au toucher épaissie et infiltrée. Une rectotomie linéaire est pratiquée pour traiter l'ulcération. Amélioration légère, puis apparition d'écoulement glaireux sanguinolent, de ténésme, de constipation opiniâtre. Un rétrécissement rectal s'est constitué et est extirpé par Ricard. Le conduit rectal était transformé en un canal rigide, cylindrique, rectiligne, du volume d'un petit doigt.

Voici une observation dans laquelle la succession des lésions est tout à fait nette : ulcération tuberculeuse de l'anus, rectite, sténose fibreuse. On retrouve dans la littérature des observations, d'ailleurs peu nombreuses, tout à fait superposables. Nous pouvons en ajouter une nouvelle due à l'obligeance de F. Moutier :

OBSERVATION N° I

Madame X..., 55 ans, est examinée pour la première fois par le Docteur Moutier en 1919. Elle avait joui d'une excellente santé jusqu'à il y a dix ans. A ce moment, l'état général décline brusquement; une anémie très prononcée s'installe. Des troubles intestinaux font leur apparition, alternatives de diarrhée et de constipation, la malade éprouvant de temps en temps des douleurs à type fissuraire. Une dilatation pratiquée fait découvrir une ulcération anale et atténue beaucoup les douleurs. Vers 1913, grande faiblesse et inappétence absolue, même état intestinal; la malade ne se nourrit que de Képhir, l'anémie reprend (2.000.000 d'hématies). On note à ce moment une hypertrophie telle du foie et de la rate que l'on incline à penser à une maladie de Banti. En 1914, la malade se remet peu à peu sans aucun traitement. En 1915, diarrhée incoercible; 20 à 22 selles par jour pendant trois mois. En 1916, le ténesme augmente; signes de rectite; un rétrécissement est diagnostiqué à 7 centimètres de l'an us et des ulcérations reconnues dans la zone sous-stricturale. De 1916 à 1919, état stationnaire; il y a des épreintes, 5 à 6 évacuations par jour, surtout glaireuses, peu sanglantes. L'anémie a rétrogradé (3.800.000 globules). En 1919, l'examen rectoscopique pratiqué par le Docteur Moutier lui montre un épaississement très net du canal anal avec plusieurs ulcérations facilement saignantes. Le tube de 12 millimètres passe difficilement et s'arrête devant un diaphragme nacré assez lisse, très douloureux, ne saignant pas. En 1920, crises douloureuses violentes avec épreintes, rejet de glaires sanguinolents; incontinence. Les douleurs locales à type fissuraire réapparaissent; l'état général

est cependant satisfaisant. Au début de 1922, apparition d'abcès rapidement fistulisés s'ouvrant les uns au périnée, les autres à la vulve en même temps, fièvre assez forte qui cède au débridement des trajets. Actuellement les fistules se sont multipliées surtout au périnée. Pous-sées fébriles de temps en temps. Le rétrécissement ano-rectal inexplorable au rectoscope admet difficilement une sonde souple de 9 millimètres. L'état général n'est pas mauvais.

ANTÉCÉDENTS. — Aucun antécédent génital, leucor-rhée ou autres; aucun signe de syphilis acquise ou héréditaire. Wassermann plusieurs fois négatif.

EXAMEN DE LABORATOIRE. — Le bacille de Koch a pu être mis en évidence dans le pus des fistules et un cobaye inoculé a été tuberculisé.

Ces cas méritent bien le nom de rétrécissement suberculeux, puisque le bacille de Koch semble jouer le rôle initial dans la constitution de la sténose. Ils ne nous paraissent pas d'ailleurs être extrêmement fréquents. Ils présentent quelques particularités cli-niques. Ils s'observent de préférence chez des sujets jeunes présentant des antécédents bacillaires per-sonnels ou héréditaires. Les premiers symptômes observés sont souvent des douleurs violentes à type fissuraire relevant d'une ulcération anale tubercu-leuse; les rectorrhagies, parfois abondantes, sont assez fréquemment notées. Dans d'autres cas, syn-drome dysentérique pouvant traduire l'existence de lésions bacillaires ulcéreuses de la muqueuse rec-tale. Après un laps de temps plus ou moins variable, marqué par des alternatives d'amélioration ou d'ag-

gravation, s'installe une rectite chronique typique qui aboutira à la sténose fibreuse. Celle-ci présentera quelques particularités anatomiques. Hauteur plus considérable du canal rétréci qui peut occuper tout le rectum et empiéter sur le sigmoïde, constance d'ulcérations dans la zone stricturale et sous-stricturale (elles sont exceptionnelles dans les autres variétés de rétrécissement inflammatoire). Enfin, c'est dans les cas où le bacille de Koch est en cause que l'on observe au maximum la présence de fistules dont les orifices présentent tous les caractères des orifices de fistules tuberculeuses.

Ces mêmes particularités anatomiques se retrouvent dans la variété suivante.

c) LES RÉTRÉCISSEMENTS TUBERCULISÉS

Ce sont de beaucoup les plus fréquents parmi les rétrécissements classés comme tuberculeux. Cette fréquence n'est pas pour étonner, étant donné les cas nombreux de tuberculose pulmonaire observés chez les rétrécis du rectum. Ils englobent tout un ensemble de cas dans lesquels on retrouve par l'anamnèse les facteurs étiologiques les plus variés, le plus souvent vénériens. Au point de vue clinique, leur symptomatologie est identique à celle que nous avons décrite pour le rétrécissement vénérien, et si le bacille de Koch vient provoquer des modifications anatomiques en favorisant l'extension en hauteur de la sténose, l'apparition d'ulcérations, la multiplication des fis-

tules, son action s'installe à bas bruit et ne modifie que peu le tableau clinique.

III. — Le rétrécissement syphilitique

Le terme de rétrécissement syphilitique, de syphilome ano-rectal doit-il être conservé ? Un rétrécissement fibreux du rectum peut-il être considéré comme accident constitutionnel de la syphilis ? Nous avons vu qu'un chancre induré, des lésions secondaires de l'anus ou du rectum pouvaient servir de point de départ à une rectite banale évoluant vers un rétrécissement fibreux sans que le tréponème y soit pour quelque chose. A la période tertiaire, peut-on observer une infiltration scléro-gommeuse des parois rectales comme le voulait Fournier ? Malgré tous les arguments fournis contre la théorie du syphilome, il n'est pas illogique de supposer qu'il puisse exister au niveau du rectum des néoplasies syphilitiques tertiaires, d'autant mieux que ces dernières sont admises sur d'autres portions du tractus digestif, en particulier au niveau de l'estomac. Mais ces cas de néoplasies syphilitiques du rectum sont très rares, et l'étiquette de rétrécissement syphilitique du rectum nous paraît devoir être réservée à un petit nombre de sténoses qui se présentent en clinique de la façon suivante. Il s'agit de gens âgés, syphilitiques anciens, mal ou non traités pour la plupart, et chez lesquels on ne relève aucun autre facteur étiologique que cette

syphilis ancienne souvent méconnue. Chez ces malades s'installent successivement, lentement, des signes de sténose qui restent longtemps les seuls observés. Plus tardivement apparaissent des signes de rectite.

Dans ces cas, au point de vue clinique, la sténose apparaît nettement comme primitive, la rectite comme secondaire. L'évolution est particulièrement lente. Au point de vue anatomique, ce sont des rétrécissements *larges, canaliculés*. L'infiltration sous-muqueuse ne forme jamais une callosité très épaisse, 3 à 5 millimètres au plus. Par contre, elle s'élève toujours sur une hauteur appréciable variant de 4 à 10 centimètres et plus, transformant l'ampoule rectale en un cylindre rigide assez régulier.

Le début des accidents de cette variété de sténose est remarquablement insidieux. Pendant une longue phase pouvant durer des années, on n'observe qu'un seul symptôme : la *constipation*. Cette constipation s'accroît d'une façon extrêmement lente, si lente, que c'est à peine si de mois en mois, on constate une aggravation appréciable. Les selles deviennent rares, difficiles, laborieuses, mais les matières diminuées de volume sont tout à fait normales d'aspect. Aucun autre trouble ne s'ajoute à cette constipation de plus en plus opiniâtre, en particulier aucune douleur, aucun écoulement anormal par l'anus, si bien que les malades se croient constipés et rien que constipés. Ils mettent tout en œuvre pour obtenir des selles, mais consultent bien rarement le médecin à cette

période où peut-être un traitement mercuriel pourrait agir. Après cette longue phase de latence vont survenir des symptômes nouveaux, traduisant l'apparition d'une rectite d'ailleurs légère. Les matières, de plus en plus difficilement émises, laminées, s'enrobent de mucus, de glaires parfois sanguinolentes. Ces sécrétions viennent de la zone sus-stricturale, ainsi que permet de s'en rendre compte la rectoscopie. Les malades éprouvent une sensation de plénitude rectale, un ténesme léger, mais toutes ces manifestations de la rectite sont peu intenses. L'examen physique fournit à ce stade des renseignements particuliers. La région anale est en général indemne de lésions. Le toucher montre un épaissement rigide des parois rectales. Ces dernières ont perdu leur souplesse et sont faiblement épaissies; le rectum est devenu un cylindre ferme, inextensible, rigide. La surface de l'intestin est mamelonnée, « cannelée par places », suivant l'expression de Fournier. Le calibre du rectum diminue de bas en haut, et parfois l'index ne pourra explorer toute la hauteur du canal rétréci; on éprouve l'impression qu'il s'encastre dans un tube rigide. Le rectoscope montre une muqueuse rectale vernissée, irrégulièrement tomentueuse; des zones faiblement saillantes apparaissent opalines, blanchâtres. Le tube progressant fait découvrir la zone plus coarctée qui se présente sous forme d'un anneau à bords irréguliers, opalins, dans lequel on peut engager un petit tube. En aucun point, on ne découvre d'ulcérations ou de productions végétantes. Les

lésions de la muqueuse paraissent des lésions sèches.

Ainsi constitué, ce rétrécissement va évoluer avec une extrême lenteur. Il paraît bien exceptionnel qu'il puisse devenir une sténose extrêmement serrée. Nos observations II, III, IV, V, que nous classons dans ce groupe de rétrécissements syphilitiques du rectum, montrent bien ce caractère évolutif. Le rétrécissement syphilitique apparaît comme un rétrécissement large, particulièrement bien toléré et donnant peu de complications. Dans le groupe des rétrécissements syphilitiques semblent devoir rentrer également certaines variétés de sténoses fibreuses du rectum associées à d'autres sténoses coliques. M. le Professeur Cunéo a bien voulu nous entretenir d'un cas de ce genre. Il s'agissait d'un malade présentant une sténose fibreuse siégeant vers la partie recto-sigmoïdienne et présentant en plus deux autres rétrécissements sur le sigmoïde. Ces derniers étaient localisés juste en regard de l'épanouissement des artères sigmoïdiennes. La tuberculose ne pouvait être mise en cause. Dans la littérature on retrouve des faits analogues. Une observation de Berger nous paraît à ce point de vue intéressante à résumer. Il s'agissait d'une femme de 45 ans, se plaignant depuis plusieurs mois d'une difficulté croissante pour aller à la garde-robe. Les selles obtenues au prix de grands efforts étaient constituées par des matières dures passées à la filière. Il n'y a que très peu d'écoulements par l'anus. Un rétrécissement commençant un peu au-dessus de l'anus et se terminant à 6 centimètres envi-

ron est constaté. Dilatation. Celle-ci n'amenant pas d'amélioration fonctionnelle, un nouvel examen est pratiqué. Il montre un deuxième rétrécissement canaliculaire à 9 centimètres de l'anūs, dilaté à son tour. Amélioration fonctionnelle. Une nouvelle exploration de l'intestin fait découvrir un troisième rétrécissement situé à 19 centimètres de l'anūs; l'auteur ajoute que les accidents fonctionnels n'ont fait aucun progrès depuis huit ans, quelle que soit l'influence que l'on puisse attribuer aux tentatives de dilatation.

IV. — La rectite proliférante et sténosante à nocardia

Nous apportons la première observation de rectite proliférante et sténosante dans laquelle une nocardia apparaît indiscutablement en cause. Elle est due à l'obligeance du Docteur François Moutier.

OBSERVATION N° VI

Monsieur X..., 24 ans. Aurait contracté à 21 ans la syphilis, mais siège du chancre initial complètement inconnu. Le diagnostic aurait été posé sur l'apparition d'une roséole très douteuse. Le Wassermann a toujours été négatif même avant l'institution d'un traitement spécifique. Pédérastie niée. Rien à noter dans les antécédents si ce n'est une constipation opiniâtre et des rectorrhagies peu abondantes durant l'enfance.

Depuis deux ans, évolution d'une rectite sténosante



PLANCHE I

Pièce opératoire (Dr BARBIER)

De rectile proliférante et stenosante à Nocardia. Le dessin met en évidence l'importance des proliférations.

grave avec marche rapide et cachexie hâtive. Voici l'état il y a un an : Wassermann négatif (le malade a été au domicile très activement traité). Ténésme violent avec brûlures irradiant vers le périnée, la vessie. Les selles étaient difficiles, rubannées, très douloureuses, revêtues de mucosités sanguinolentes. Moral extrêmement affecté.

La rectoscopie révèle l'intégrité du canal anal mais à 4 centimètres commence un rétrécissement qui s'étend presque jusqu'au sigmoïde. Sur 10 centimètres de hauteur environ, le calibre rectal est rétréci, la muqueuse est craquelante et saignante au passage du tube. Les plis sont effacés et non hypertrophiés. Les parois sont revêtues de plaques blanchâtres d'aspect nacré. Ces plaques ne tapissent pas complètement l'ampoule. L'examen est très douloureux et très sanglant. On ne peut pénétrer dans le sigmoïde. Etant donné l'évolution rapide de cette sténose, on décide l'exérèse.

INTERVENTION, mars 1923, Docteur Barbier. — Aмпu-tation du rectum par voie périnéale avec conservation du sphincter et abaissement. On résèque avec grande difficulté un cylindre rectal de 18 centimètres de hauteur. La section sigmoïdienne a été faite en muqueuse saine. L'intervention a été rendue difficile du fait de l'importante réaction inflammatoire péri-rectale. Il y avait notamment de très fortes adhérences antérieures vésico-urétrales. Les suites opératoires ont été satisfaisantes; notons seulement, trois semaine après l'opération, la constitution d'une petite fistule faisant communiquer la partie postérieure de la plaie rétro-anaie et le sigmoïde abaissé à 3 centimètres au-dessus de son extrémité inférieure. Ecoulement de pus, gaz, matières. Cette fistule sera fermée en 5 à 6 semaines.

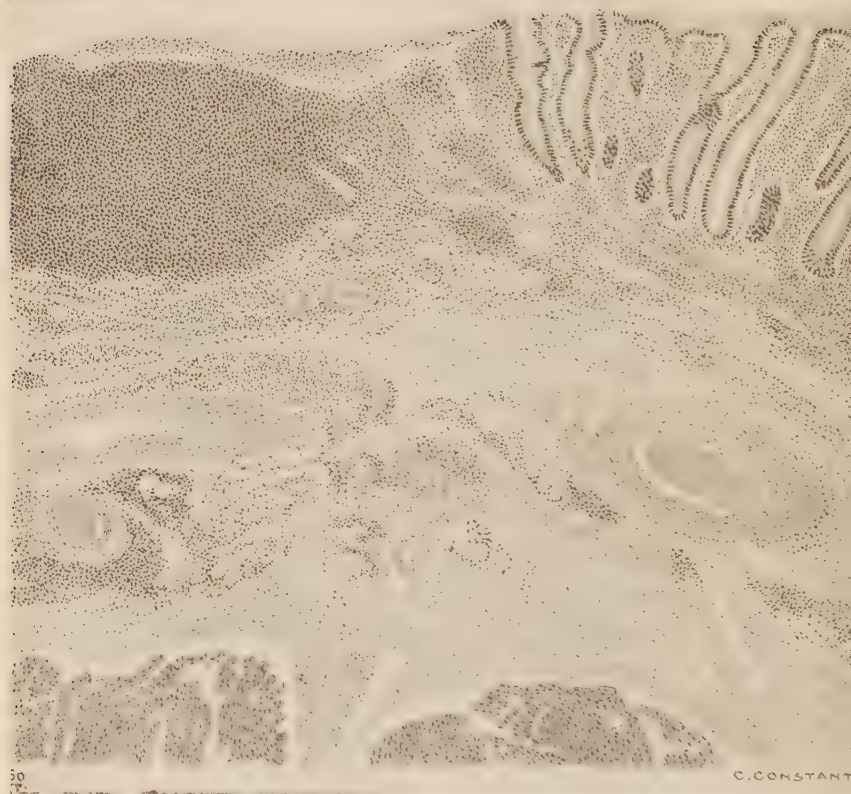


PLANCHE II

*Rectile proliférante et stenosante à Nocardia.
Zône amfullaire.*

Ulcération de la muqueuse rectale. Ni cellule géante ni caséification mais un plasmocytome plus ou moins infiltré de polynucléaires. Il est remarquable de noter qu'en marge de la zone détruite les tubes glandulaires de la muqueuse contrastent vivement par leur intégrité.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIÈCE OPÉRATOIRE

1° *Zone ampullaire* (Voir planche II).

La muqueuse est largement ulcérée par places. A la surface de l'ulcération, zones de débris avec feutrage de polynucléaires plus ou moins pycnotiques. Dans la sous-muqueuse, nappe de tissu lymphoïde réticulé. Il s'agit essentiellement d'un plasmocytome dont les éléments se groupent entre les mailles d'un tissu conjonctif très pauvre en collagène. Ça et là des cellules de Flemming, des macrophages. Les cellules du tissu conjonctif présentent un type indifférencié. Ni mastocytes, ni éosinophiles, quelques polynucléaires. Ceux-ci infiltrent en revanche en groupe compacts les capillaires. Les parois des capillaires présentent une prolifération active de leur endothélium qui tend à se pédiculiser et à fournir ainsi aux éléments réactionnels intra-vasculaires un apport d'éléments lymphoïdes nouveaux formés sur place.

La musculuse est à peu près intacte. Pas de sclérose anormale.

Il est à noter que les plasmocytes ne forment pas de manchon spécial aux vaisseaux et qu'il n'y a nulle part de formations gommeuses. Pas de cellules géantes: aucune caséification.

Entre les glandes, infiltration directe de polynucléaires et de plasmocytes.

2° *Zone anale* (Voir planche III).

Il y a de l'œdème dans la couche basale et une desquamation active de l'épithélium de surface. On note à la fois des ulcérations et des érosions de l'épiderme dont seule subsiste la couche basale. Il y a non seulement infiltrat de la sous-muqueuse mais aussi de la musculuse par le même réticulum à plasmocytes. Les vais-



PLANCHE III

Rectile proliférante et stenosante à Nocardia. — Examen histologique. — Zone anale.

Nombreux nodules inflammatoires à plasmocytes et polynucéaires.

seaux sont beaucoup plus dilatés que dans la zone ampul-laire il y a quelques régions pseudo-angiomateuses. On note également une bien plus grande abondance de poly-nucléaires entre les plasmocytes et de nombreux macro-phages. On trouve quelques mastocytes dans la muscu-leuse. Certains éléments irréguliers fibrillaires plus ou moins noueux se décèlent dans les foyers inflammatoires mais il est prudent de n'y voir des parasites qu'avec doute. Il peut ne s'agir que de fibrilles conjonctives alté-rées.

En mars 1924, le malade est revu en bon état. On note seulement au niveau de l'anus un léger écoulement glaireux plus ou moins teinté. Légère incontinence. Une rectoscopie montre l'intégrité absolue de la muqueuse du sigmoïde abaissé.

Brusquement, en mai 1924, réapparition du ténisme et en juillet 1924, une rectoscopie très pénible (tube de 12 millimètres) montre une récidence de la sténose. Man-chon de 4 centimètres de haut formé de tissu nacré se craquelant à l'effort, sanguinolent. L'exploration est hor-riblement douloureuse. L'ensemencement par biopsie a été positif tant en milieu anaérobie qu'aérobie. Les cul-tures quoique très pauvres ont permis d'identifier une nocardia. Trois éléments : de très gros cocci, des bâton-nets quelquefois articulés, des formes en poires, en mas-sue généralement groupés. Les cultures ont poussé avec une extrême lenteur, cultures pauvres, sèches, vernissées, très minces, opalines, presque transparentes. En lame sèche, suivant la méthode de Gougerot, on obtient des fructifications du type nocardia tout à fait nettes. Après coloration spéciale, la nocardia a été retrouvée en abon-dance sur les coupes histologiques provenant de la pièce opératoire.

On propose au malade un traitement médical par des injections au cinnamate de benzyle. Ce traitement ayant

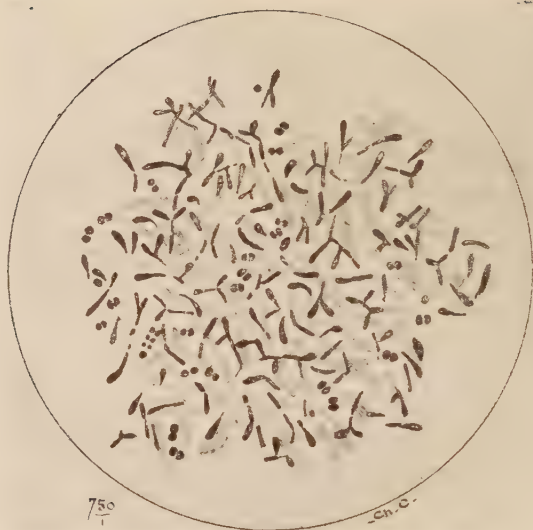


PLANCHE IV

Rectile proliférante et sténosante à Nocardia. — Culture en lame sèche procédé de Gougerot.

Le dessin met en évidence la nocardia, nombreuses conidies et arthro-spores.

été refusé et comme la sténose progresse, on conseille l'électrolyse circulaire. Trois séances ont été pratiquées par M. Zimmern avec, semble-t-il, bon résultat. La sténose, qui admettait difficilement la deuxième phalange de l'index, en permet maintenant l'introduction facile. Ecoulement muco-purulent insignifiant. Excellent état général.

On ne peut tirer beaucoup de conclusions de cette observation unique. Remarquons cependant qu'au point de vue clinique, on assiste à l'évolution rapide

en moins d'un an, d'une rectite proliférante et sténosante typique, récidivant rapidement après une excrèse large. Anatomiquement, la seule particularité c'est l'étendue des lésions qui englobaient toute la hauteur du rectum. Tout semble faire prévoir que cette observation ne restera pas isolée, si l'on veut bien pratiquer les examens de laboratoire patients et décevants nécessaires pour mettre en évidence une nocardia dont le rôle dans la genèse des sténoses rectales apparaîtra peut-être comme extrêmement important.

V. — Les rétrécissements de cause exceptionnelle : Dysenterie, Bilharzia, Lèpre

Mathews, se basant sur ce fait que la dysenterie fut très fréquente pendant la guerre de Sécession, et qu'aucun soldat ne demanda après la guerre de pension pour rétrécissement du rectum, niait formellement l'existence du rétrécissement dysentérique. De fait, on est frappé de ce que les lésions de recto-colite ulcéreuse, les ulcérations de la dysenterie amibienne, dont on a observé à l'heure actuelle des cas innombrables, n'ont aucune tendance à aboutir à la sténose; elles guérissent le plus souvent sans laisser de traces, semblant bien prouver que les lésions, mêmes importantes de la muqueuse rectale, ne suffisent pas pour produire la sténose inflammatoire, qu'il faut l'intervention d'autres facteurs. Cependant quelques obser-

vations sont là probantes, et si le « rétrécissement dysentérique est rare, son existence ne saurait être « niée ». Bensaude. — Cet auteur en a observé deux cas dont l'un concerne un jeune homme de 20 ans, qu'il soignait depuis l'âge de 16 ans pour une dysenterie amibienne des plus graves. Les premiers signes de rétrécissement se sont montrés trois ans après le début de la maladie. Un an après, il présente un rétrécissement à 6 centimètres de l'anús mesurant environ 4 centimètres de hauteur et admettant la bougie de Hegar n° 15. La face interne de la muqueuse rectale est recouverte de végétations qui sont plus grandes que celles de la rectite hypertrophique classique et n'en ont pas la dureté. Dans la littérature, on retrouve un cas de H. Hartmann, deux cas de Singer, deux cas de Miloslavisch, deux cas de Gant, deux cas de Gripps. Dans toutes ces observations, le rétrécissement siégeait au niveau du rectum. Le rétrécissement dysentérique siégerait plus volontiers, d'après Bensaude, à la jonction recto-sigmoïdienne ou au niveau du sigmoïde; cas de Strauss, Kümme!, Eirt et Fischer, Schlut, Anders.

Notre observation n° VII semble pouvoir être classée parmi les cas de rétrécissements dysentériques. Elle concerne un homme jeune, non syphilitique, atteint de dysenterie depuis huit ans et insuffisamment soigné, et présentant un rétrécissement non accessible au doigt, à 10 centimètres de l'anús. Ce rétrécissement présente quelques caractères particuliers. C'est un anneau de deux centimètres de haut

qui, outre son siège élevé, apparait au rectoscope limité par des bourgeons rougeâtres, non friables, revêtus de mucus. Si quelques-uns sont opalins, ce n'est pas du tout l'aspect porcelainé leucoplasique si particulier des mamelons observés dans les rétrécissements inflammatoires banaux. En outre, la muqueuse rectale, dans la partie sous-jacente à la stricture, est absolument normale, souple. Pas de zone de transition entre le segment rétréci et la partie saine.

La bilharzia peut être à l'origine de rares sténoses fibreuses. Du moins, en France, n'est-elle observée qu'exceptionnellement, et Bensaude en rapporte un cas dans lequel le rétrécissement siégeait à 13 centimètres de l'anus. En Egypte où la bilharzia est extrêmement fréquente, les cas observés sont beaucoup plus nombreux. La bilharzia, qui peut ne provoquer qu'un simple épaissement congestif de la muqueuse rectale, se présente souvent sous l'aspect d'une véritable rectite proliférante avec productions adénomateuses polypiformes, papillomateuses, contenant de nombreux œufs de parasites qui sont d'ailleurs retrouvés également dans la sous-muqueuse. Dolbey et Fahmy en rapportent 8 cas qu'ils ont traité avec succès par une intervention de Whithead permettant d'enlever tout le tube muqueux proliférant.

Nous ne ferons que signaler, à titre de curiosité, comme autre cause exceptionnelle de sténose rectale la lèpre, dont H. Hartmann a eu l'occasion d'observer un cas.

VI. — Le rétrécissement inflammatoire avec éléphantiasis ano-périnéo-génital

On trouve parfois des malades atteints de rétrécissement fibreux du rectum s'accompagnant d'éléphantiasis ano-périnéo-génital. Les observations publiées sont en nombre suffisant pour permettre de les grouper en une forme spéciale de rétrécissement du rectum. Le caractère dominant de cette forme, c'est la coexistence, avec le rétrécissement inflammatoire, d'une tuméfaction éléphantiasique formant autour de l'anus de gros bourrelets, des bosselures pouvant envahir le périnée et les régions génitales, strotum, verge, vulve, grandes lèvres. Dans ces masses d'œdème éléphantiasique, au niveau desquelles la peau est de couleur violacée ou blanchâtre, on sent des nodosités dures ou abcédées et, dans ce cas, il existe de nombreuses fistules à trajets complexes. Ces cas sont connus depuis longtemps. Au point de vue clinique, ils apparaissent comme des cas à facteurs étiologiques complexes. La tuberculose peut être invoquée souvent; les affections vénériennes également. La syphilis est fréquemment notée, mais parfois elle a été contractée après le début des accidents. Un fait est certain, c'est que chez tous ces malades atteints d'éléphantiasis, on note d'une façon constante une lésion anale ou génitale initiale accompagnée d'adénite inguinale que cette lésion soit spécifique ou banale. L'existence d'une adénopathie

semble toujours préexister aux accidents. Aussi, il semble bien que ces cas forment une classe à part et relèvent d'une infection bactérienne chronique associée à une stase lymphatique régionale. C'est à ces cas que semble, à notre avis, devoir être réservée la théorie pathogénique de la « stase lymphatique » imaginée par Waelch, Andry, reprise par Puichavy (120) dans sa thèse de 1904, et plus récemment par Jersild (91), de Copenhague, pour expliquer la production du syphilome de Fournier. Pour Jersild, le syphilome ne serait qu'une infiltration éléphantiasique génito-ano-rectale se constituant de la façon suivante :

a) Lésion quelconque (chancre syphilitique, chancre mou, plaie, etc.) de la région périnéo-anale avec adéno-lymphangite inguinale. Arrêt de la circulation lymphatique dans les ganglions inguinaux ou dans les vaisseaux lymphatiques afférents de ces ganglions.

b) Déversement de la lymphe de la région ano-génitale par les lymphatiques rectaux (anastomoses lymphatiques ano-rectales) vers les ganglions du méso-rectum.

c) Adénite ano-rectale des ganglions de Gérota
Oblitération postérieure.

d) Stase lymphatique entre les deux oblitérations, d'où infiltration rectale (portion ampullaire) et infiltration périnéale si l'oblitération antérieure siège au périnée. Infiltration recto-ano-génitale si l'oblitération antérieure occupe les ganglions inguinaux ou les collecteurs de ces ganglions.

Cette théorie cadre assez bien avec les phénomènes observés dans le petit nombre de cas qui nous occupe, cas dans lesquels le rétrécissement rectal coexiste avec éléphantiasis. Quel est le germe qui va entraîner le blocage lymphatique et la stase importante ? D'après les observations publiées, il est certain que le bacille de Koch est souvent en cause, mais pour les autres cas ? La syphilis ne peut jouer aucun rôle si ce n'est celui d'agent provocateur quand le chancre initial siège au niveau de l'anus. Le rôle du gonococque ne peut être démontré et ne paraît que secondaire, s'associant aux microbes pyogènes, streptocoques, staphylocoques qui surinfectent ces lésions. Ces infections strepto-staphylococciques, avec ou sans coli-bacilles et autres germes même anaérobies, jouent vraisemblablement un rôle important. Peut-être les nocardia participent-elles à la production de ces lésions, mais ce n'est là qu'une hypothèse qui reste entièrement à démontrer.

EVOLUTION — PRONOSTIC

Quelle que soit sa variété, le rétrécissement inflammatoire du rectum évolue dans la règle avec une extrême lenteur. A part quelques cas, dans lesquels une sténose serrée se constitue rapidement et provoque précocement des accidents graves, c'est par années que se chiffre l'évolution d'un rétrécissement.

et nombreux sont les malades qui tolèrent leur grande infirmité depuis 5, 10 ans et même davantage. Malgré cette lenteur évolutive, le rétrécissement du rectum constitue une affection de pronostic grave. En premier lieu, du fait des multiples complications locales et générales qui viennent entrecouper la marche de la maladie. Ces complications sont trop connues pour que nous y insistions. En second lieu, le pronostic nous apparaît sérieux du fait qu'il n'y a pas de traitement radical à mettre en œuvre. Si médecins et chirurgiens combinant leurs efforts arrivent à améliorer temporairement à retarder l'évolution de la sténose, c'est bien exceptionnellement qu'une guérison définitive semble pouvoir être obtenue. Ajoutons que dans les cas où cette guérison apparaît réalisée, la récurrence est toujours à craindre. Cette dernière semble être très fréquente. Par contre, la cancérisation d'un rétrécissement apparaît comme tout à fait exceptionnelle. Nous n'en avons trouvé que trois cas rapportés dans la littérature, un de H. Hartmann (83), un de Friedel (62), un de Mandl.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

I. — DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de rétrécissement inflammatoire du rectum ne comporte guère de difficultés. Si certains malades, porteurs de rétrécissement, ont été traités parfois pendant longtemps pour diarrhée chronique, constipation simple, entéro-colite muco-membraneuse, hémorroïdes, fistules ano-rectales, c'est toujours qu'un examen insuffisant a été pratiqué. Une exploration attentive de la région ano-rectale aura toujours raison de ces erreurs de diagnostic. Le toucher rectal, la rectoscopie, l'examen aux rayons X donnent des renseignements suffisamment nets pour permettre un diagnostic facile et précis. La rectoscopie pratiquée systématiquement et répétée à intervalles réguliers chez des malades atteints de rectite chronique permettra de dépister un rétrécissement de bonne heure, à un stade où il est peut-être guérissable par une thérapeutique simple. La rectoscopie permet de reconnaître aussi une tumeur bénigne du rectum, un polype non toujours accessible au toucher.

Ces tumeurs peuvent s'accompagner d'écoulements glaireux par réaction inflammatoire simple de la muqueuse, et ces écoulements ont pu faire penser à tort à l'existence d'une rectite sténosante.

Le rétrécissement inflammatoire du rectum ne ressemble en rien à l'épithélioma, surtout quand ce dernier est végétant. La masse néoplasique fait fortement saillie à l'intérieur du rectum ; sa surface bourgeonnante, mamelonnée, dure et ligneuse par endroits, fongueuse, ramollie et profondément ulcérée en d'autres, saignant et s'effritant au moindre contact, ne peut être confondue avec les lésions dures et fibreuses du rétrécissement. Parfois cependant, le diagnostic peut être hésitant entre cancer et rétrécissement. Une sténose fibreuse peut s'accompagner de végétations polypiformes saignantes ; à l'inverse, un cancer végétant peut former une masse ne saignant jamais sans aucune friabilité ; nous en avons vu récemment un exemple caractéristique. Un cancer ulcéré peut donner lieu à un suintement glaireux si des lésions de rectite se surajoutent. C'est surtout dans le cancer infiltrant, et en particulier dans le cancer en virole, que l'hésitation est permise, d'autant mieux qu'une anémie marquée, un affaiblissement considérable peuvent s'observer au cours d'une sténose fibreuse et donner au malade l'aspect d'un cancéreux. Dans le cancer infiltrant cependant, la paroi rectale transformée en un placard rigide fixe est rarement intéressée sur toute sa circonférence, et la zone d'infiltration néoplasique est soit localisée,

soit prédominante au niveau d'une des faces du rectum, elle n'affecte pas la forme régulièrement circulaire de la sténose inflammatoire. Il est bien rare que le diagnostic reste hésitant après un examen rectoscopique, surtout si l'on a examiné l'état de la muqueuse rectale au-dessus et au-dessous de la lésion. Dans le cancer, la muqueuse est intacte, quelle que soit l'étendue de la tumeur, tandis que dans le rétrécissement il y a des lésions nettes au-dessus et au-dessous du segment rétréci. Si un doute persiste, l'examen biopsique, qu'il ne faut pas hésiter à pratiquer, tranchera la question avec certitude.

Il est facile de différencier le rétrécissement inflammatoire du rectum des faux rétrécissements par compression rectale. Une tumeur de voisinage, utérine, annexielle, prostatique, une péritonite tuberculeuse, localisée au petit bassin, peuvent comprimer le rectum et provoquer l'apparition de signes de sténose avec parfois ténésme et évacuations glaireuses. Le toucher rectal, ainsi que la rectoscopie, affirment l'intégrité de la muqueuse rectale qui est souple, mobile, et glisse sur les plans profonds indurés. Les mêmes caractères servent à différencier les rétrécissements inflammatoires du rectum des rétrécissements péri-coliques pelviens, ces derniers étant caractérisés par une « diminution du calibre rectal » succédant à une inflammation péri-rectale propagée ou non à la paroi intestinale. » Küss. — Très rares, ces rétrécissements péri-rectaux sont constitués par un bloc fibreux, une virole enserrant l'intestin.

l'envahissant rarement. Ils sont l'aboutissant d'une infection subaiguë d'origine utéro-annexielle procédant par poussées, intéressant soit le tissu cellulaire péri-utérin, soit tout le tissu cellulaire du petit bassin, cellulite chronique pelvienne. Parfois, les blocs fibreux péri-rectaux sont au contraire la conséquence d'une pelvi-péritonite chronique. Exceptionnellement assez serrés pour que la diminution de calibre soit très gênante, ces rétrécissements péri-rectaux se présentent au rectoscope comme une gueule de four, une virole, une valvule. La muqueuse est normale à leur niveau.

Le diagnostic de rétrécissement inflammatoire a pu être discuté aussi avec des affections exceptionnelles, sarcome péri-rectal (deux cas de Bensaude) et des sténoses par métastase rectale de cancers de l'estomac, surtout quand ce cancer revêt la forme de linite plastique (Bensaude et Ockynzic).

Les autres variétés de rétrécissements du rectum sont faciles à reconnaître.

Les rétrécissements congénitaux, bien étudiés par Reclus, présentent quatre caractères particuliers. Leur siège d'élection est la jonction sphinctéro-ampullaire, mais ils peuvent être plus élevés : 5, 7, 9 centimètres (Reclus). Leur forme est celle d'un diaphragme, d'une valvule, d'un croissant, d'une faucille, d'une membrane semblable à un hymen. Ils coexistent souvent avec des fistules sèches s'ouvrant dans le canal anal au-dessous de la sténose. Enfin, au point de vue évolutif, ils n'occasionnent des troubles

fonctionnels qu'après l'enfance et l'adolescence, assez souvent même après 40 et 50 ans. Mais l'aspect en valvule, en faucille à bords tranchants si caractéristique, peut être modifié comme l'a montré Reclus. Sous l'influence de phénomènes inflammatoires pouvant relever d'une ulcération, la muqueuse et la sous-muqueuse peuvent s'infiltrer, s'œdématiser, se boursoufler, modifiant l'aspect de la sténose congénitale dont l'identité peut alors être rendue difficile. L'identification a cependant son importance, car ces rétrécissements valvulaires guérissent parfaitement et rapidement par l'emploi de procédés simples, soit dilatation digitale, soit section du bord tranchant avec un bistouri boutonné. Cette bénignité s'oppose à la gravité et à la difficulté, pour ne pas dire insuffisance, du traitement des sténoses inflammatoires.

Des rétrécissements congénitaux, on peut rapprocher les diminutions de calibre du rectum dues à un développement anormal des valvules de Houston. Ces valvules, surtout quand elles sont hypertrophiées par un processus inflammatoire chronique, peuvent provoquer d'importants troubles de la défécation. Aussi Gant et plusieurs auteurs américains ont-ils proposé la valvotomie pratiquée à travers le rectoscope comme moyen curateur de certaines coprostases.

Les rétrécissements cicatriciels sont le plus souvent consécutifs à une intervention chirurgicale pour fistule anale, pour hémorroïdes (presqu'exclusivement dans ce cas après opération de Whithead quand les

sutures ont lâché) pour prolapsus, plaie accidentelle ou par corps étranger, notamment canule, à des applications de radium, à des traumatismes obstétricaux, à des brûlures du rectum par lavement caustique ou trop chaud. Parfois, ils relèvent de la cicatrisation d'une ulcération anale. C'est ainsi que dans deux cas sur 32 malades examinés par Ravaut et Bord, la cicatrisation de chancres mous de l'anus, provoque un rétrécissement cicatriciel du canal anal. L'ouverture dans le rectum d'abcès, de poches salpingiennes suppurées a pu aussi être incriminée pour expliquer leur production. La notion étiologique est d'importance pour le diagnostic, car les symptômes du rétrécissement cicatriciel sont les mêmes que ceux du rétrécissement inflammatoire. Ajoutons que les sténoses cicatricielles siégeant le plus souvent au niveau du canal anal, ce dernier est rigide, béant, d'où incontinence constante. L'aspect rectoscopique et les renseignements fournis par le toucher varient d'un cas à l'autre. Le rétrécissement cicatriciel est cependant rarement circonférentiel.

Le rétrécissement spasmodique est, à l'heure actuelle, admis par la majorité des auteurs, contrairement aux classiques. Tuttle, Mummery ont constaté au toucher rectal et contrôlé au rectoscope l'existence d'un véritable anneau élastique se contractant et se relâchant alternativement au niveau du rectum, et cela sans aucune lésion de la muqueuse. Bensaude rapporte un cas de disparition de procto-spasme permanent sous l'influence de l'anesthésie générale.

Goebel et Schreiber ont fait la même constatation après l'administration d'antispasmodiques.

La rectoscopie et l'épreuve thérapeutique feront faire le diagnostic.

II. — DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Le rétrécissement étant reconnu, il faut essayer d'en rechercher la cause, de le faire rentrer dans l'un des groupes que nous avons décrits. Etant donné que les malades sont le plus souvent examinés quand l'affection est à sa période d'état, l'anamnèse a une très grosse importance. Il faut faire subir au malade un interrogatoire minutieux et précis, surtout sur ses antécédents locaux, essayer d'établir les différentes étapes évolutives de la maladie. La réaction de Wassermann sera pratiquée dans tous les cas. Sous le contrôle du rectoscope, on ira prélever des mucosités, de préférence au contact des ulcérations quand il en existe ; on recherchera systématiquement le gonococque, si difficile d'ailleurs à trouver dans les cas anciens, les œufs de parasite, les amibes ou leurs kystes. S'il existe des proliférations ou des ulcérations, une biopsie sera pratiquée dans un triple but : inoculation d'un cobaye ; examen histologique (et l'on essaiera de mettre en évidence sur les coupes par la coloration appropriée le bacille de Koch, le gonococque, une nocardia), ensemencement en milieux

aérobies et anaérobies. S'il existe des fistules périméales, le pus sera examiné et inoculé.

Malgré ces investigations multiples, il sera parfois impossible de mettre une étiquette sur un rétrécissement inflammatoire constaté.

III. — LE RETRECISSEMENT ETANT DIAGNOSTIQUE IL FAUT ENCORE EN DETERMINER SES CARACTERES ANATOMIQUES

Avant de prendre une décision thérapeutique, le chirurgien devra étudier minutieusement les lésions, apprécier l'état du périnée, de la peau et de la muqueuse anale, la valeur du sphincter et des releveurs, le siège exact du rétrécissement, sa mobilité, son étendue, surtout enfin l'état de l'intestin sus-jacent à la stricture. Ce n'est qu'après cet examen détaillé que l'on pourra ou non poser une indication opératoire et, dans ce dernier cas, choisir un procédé approprié.

L'examen de la région anale donne rapidement l'état du périnée et de la zone cutanéomuqueuse et permet d'apprécier la valeur des tissus. Cette simple inspection pourra déjà faire prévoir une déficience sphinctérienne si l'anus se montre infundibuliforme et béant.

Le toucher rectal a une importance considérable.

Pratiqué en position génu-pectorale, il permet d'apprécier l'état de la muqueuse du canal anal, la valeur du sphincter qui se contracte ou non lors de l'introduction de l'index, l'état d'infiltration de la zone sphinctérienne. Le toucher permettra également d'apprécier la tonicité des releveurs que l'on fera contracter au commandement, l'état de la muqueuse sous-jacente à la sténose, la hauteur approximative de l'anneau fibreux, la mobilité du rectum dans le petit bassin. Quand l'index est au contact de l'anneau fibreux, il faut toujours faire pousser la malade pour voir si la zone la plus coarctée est susceptible d'être abaissée. Enfin, chez la femme, combiné au toucher vaginal, il permet de se rendre compte approximativement de l'épaisseur de la gangue sous-muqueuse.

La rectoscopie permettra de reconnaître avec plus de netteté encore les lésions de la muqueuse dans la zone sous-stricturale. Elle fixe avec précision le point où commence la zone la plus coarctée. Elle va surtout permettre d'apprécier exactement l'étendue du rétrécissement, sa longueur, si toutefois le diamètre de la sténose est suffisant pour permettre l'introduction d'un petit tube. Si l'on peut franchir le bord supérieur du rétrécissement, on appréciera l'état de la muqueuse de la zone sus-stricturale. Quand la sténose est infranchissable au petit tube, on peut essayer sous le contrôle rectoscopique, de se rendre compte du calibre du rétrécissement et de l'étendue des lésions avec une bougie ou un explorateur urétral à

boule olivaire introduit avec prudence. Mais ce procédé doit céder le pas à l'examen aux rayons X qui donnera des précisions beaucoup plus intéressantes.

L'examen aux rayons X, après lavement à la gélobarine, indispensable dans les rétrécissements haut situés, inaccessibles au toucher rectal et à la rectoscopie, doit être pratiqué dans tous les cas. La substance opaque dessine une colonne mince moulée sur la filière du rétrécissement dont elle indique la longueur et la forme. Il faut toujours faire précéder l'examen aux rayons d'une injection d'atropine pour éviter des causes d'erreur tenant à un spasme possible surajouté. Le lavement opaque permet enfin de dépister des rétrécissements étagés, de se rendre compte de l'état de dilatation de l'anse sus-jacente à la stricture et de la longueur de l'anse sigmoïde. Ce dernier renseignement est de première importance pour le chirurgien qui ne se laissera pas aller à tenter une résection du rectum avec abaissement, quand le sigmoïde aura été reconnu court à l'examen radioscopique. Ce serait courir à un échec certain.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

La question du traitement des rétrécissements inflammatoires du rectum est extrêmement complexe. En l'absence d'un traitement radical applicable à tous les cas, nous avons à notre disposition un certain nombre de moyens qui, appliqués avec persévérance, permettent de retarder efficacement la marche évolutive d'une sténose. Le chirurgien, d'autre part, en pratiquant des opérations palliatives ou une excision, peut obtenir des améliorations durables, parfois un succès complet. Nous envisagerons d'abord ces différentes méthodes thérapeutiques avant d'essayer d'en poser les indications.

A) TRAITEMENT MEDICAL

Il est à instituer dans tous les cas. Pour lutter contre la stase fécale, il faut prescrire un régime

comprenant des aliments laissant peu de déchets, une nourriture finement divisée, l'usage régulier de laxatifs, dont l'huile de parafine, est actuellement le plus couramment employé. Pour lutter contre la rectite, on préconisera l'emploi de lavages chauds à l'eau bismuthée ou goudronnée, de pansements rectocoliques à l'agar-agar dermatol, des attouchements à l'acide lactique. Le traitement antisypilitique sera institué dans tous les cas où la syphilis est retrouvée dans les antécédents du malade. Dans la règle il est sans effet. Cependant, il existe dans la littérature un certain nombre de cas dans lesquels le traitement mercuriel a fait rétrocéder, non pas un rétrécissement fibreux organisé, mais des sténoses en voie de constitution caractérisées par un épaissement rigide des parois rectales. Bien que très rares, ces faits légitiment l'emploi systématique du traitement spécifique et constituent un argument en faveur de l'origine sypilitique de certains rétrécissements.

B) TRAITEMENT LOCAL NON SANGLANT

1° LA DILATATION

Le jour où l'on comprit que les mèches enduites d'onguent mercuriel, que Desault et Dupuytren tassaient dans le rectum des porteurs de rétrécissements, avaient une action purement mécanique, la dilatation

était née et cette méthode ancienne n'est pas près de disparaître, comme tant d'autres, de la liste des moyens de traitement du rétrécissement du rectum. Bien que certains auteurs aient publié des cas de guérison de rétrécissement par dilatation simple, il ne faut considérer cette méthode que comme palliative, mais susceptible de rendre d'énormes services. Elle permet d'amoindrir les troubles fonctionnels, et bien des malades, grâce à elle, peuvent mener une existence tolérable. Nous en verrons ultérieurement les indications.

La dilatation doit être lente, progressive et pratiquée avec beaucoup de douceur. On a abandonné complètement aujourd'hui la dilatation brusque extemporanée ou la dilatation progressive rapide sous anesthésie, susceptibles de donner lieu à des accidents graves. De même on a délaissé comme trop brutal le dilatateur mécanique en métal. On se servira de bougies de Hegar ou de simples bougies œsophagiennes. Avant de pratiquer une séance de dilatation, on se trouvera bien de faire un lavage rectal abondant avec de l'eau boratée ou boriquée tiède, pour bien évacuer les sécrétions. Si l'on craint que l'introduction des bougies ne soit trop douloureuse, on pourra injecter dans le rectum une solution de cocaïne au 1/100^e. La bougie, bien lubrifiée, sera introduite sous le contrôle de l'index ou du rectoscope court, et ne sera poussée qu'avec beaucoup de douceur. Il ne faut pas forcer sous aucun prétexte. Tous les auteurs s'accordent actuellement pour faire

de courtes séances de dilatation. Hartmann conseille de laisser les bougies en place quelques secondes seulement. Bensaude préconise de passer deux ou trois numéros par séance et de laisser la dernière bougie en place 10 à 20 minutes. Les séances seront d'abord quotidiennes, puis s'espacent à deux, une par semaine. Quand on aura atteint un calibre suffisant, il ne faudra pas interrompre complètement le cathétérisme sous peine de récurrence. Ce dernier devra être répété à intervalles réguliers, variables avec les cas, pendant des mois, des années, une à deux séances par mois peuvent suffire pour entretenir le calibre rectal. Il est bon de faire suivre chaque séance de dilatation d'un lavage rectal avec une solution faiblement antiseptique (borate de soude, bicarbonate de soude) ou d'une instillation d'huile goménolée.

La dilatation a pu être employée après création d'un anus iliaque à certains rétrécissements infranchissables par l'anús. Notre maître Souligoux fut le premier à préconiser ce cathétérisme rétrograde, et en juillet 1901, il rapporte à la Société de Chirurgie une observation que nous résumerons brièvement. Jeune fille de 29 ans atteinte de rétrécissement très serré du rectum. En 1899 accidents d'obstruction chronique. Toute tentative de passage d'une sonde par l'anús est impossible. Anus iliaque avec éperon. Lavages du bout inférieur à l'eau oxygénée pendant quelques semaines. Nouvel essai infructueux de cathétérisme de bas en haut. M. Souligoux se décide alors à pratiquer le cathétérisme rétrograde. Cette tenta-

tive réussit facilement. Une soie attache une bougie œsophagienne plus grosse derrière la première et dans une première séance six bougies sont passées, la plus grosse a le volume du petit doigt. Les séances sont répétées tous les deux jours, puis espacées. Neuf mois plus tard l'anus iliaque est fermé. La malade continue à se dilater deux fois par semaine par les voies naturelles. Revue deux ans après, l'état est pleinement satisfaisant. La malade obtient journellement une selle moulée de la grosseur du pouce. La même année, en novembre, une observation tout à fait calquable sera rapportée par Brault (14 *bis*) à la Société de Chirurgie.

En 1907, Clairmont (35) étudie six cas de rétrécissement inflammatoire du rectum traités par Von Eiselberg par la dilatation sans fin application au rectum de la méthode de Von Hacker pour l'œsophage. L'auteur réserve cette méthode complément d'une colostomie aux rétrécissements serrés étendus accompagnés de rectite ulcéreuse et purulente intense, bref aux mauvais cas. Voici la technique de Von Eiselberg : colostomie latérale sur l'S iliaque, le plus près possible de la zone malade. Bouche large. Pendant quelques semaines lavage du segment exclu. La rectite calmée passage du fil conducteur. Pour ce faire, un fort grain de plomb attaché à un fil de soie est introduit dans la bouche artificielle. Il traverse le rétrécissement et sort par l'anus grâce aux mouvements péristaltiques. Le fil une fois passé est attaché par ses deux bouts, chaîne sans fin qui permettra de

toujours introduire la bougie dilatatoire aussi bien par l'anus artificiel que par l'anus naturel. Quand la dilatation sera suffisamment avancée, on la poursuivra par l'anus naturel; puis, quand après quelques semaines, il est prouvé que la dilatation est suffisante et facile à maintenir, on ferme la bouche de colotomie. Des six malades ainsi traités, l'une est considérée comme guérie depuis trois ans; l'anus contre nature est fermé et les fonctions rectales sont redevenus normales. La deuxième malade est dans un excellent état quatre ans après, la fistule stercorale est fermée. Les selles sont obtenues sans difficulté ni douleur. La troisième fut fort améliorée; la fistule a pu être fermée, mais la mort est survenue par tuberculose pulmonaire. Les trois autres observations ont trait à des malades chez lesquelles l'anus artificiel a continué à fonctionner, mais qui ont toutes largement bénéficié du traitement par la dilatation sans fin, bénéfice constaté plusieurs années après la première intervention. Sans être aussi optimiste que l'auteur, qui conclut que si on prend soin après la fermeture de l'anus de revoir régulièrement ses malades et de leur passer de loin en loin quelques bougies, on peut arriver avec cette méthode de dilatation sans fin à obtenir la *restitutio ad integrum* des parties primitivement malades, nous croyons que cette méthode de cathétérisme rétrograde est susceptible de rendre des services dans quelques cas. La dilatation tient encore une place de premier rang dans le traitement des sténoses rectales.

2° L'ELECTROLYSE CIRCULAIRE

L'électrolyse circulaire négative, selon la méthode de Newmann, utilise une propriété du courant continu, l'action sclérolitique du pôle négatif. Elle a pour but le ramollissement du tissu fibreux qui constitue le rétrécissement et sa résorption par modification biologique lente. L'escarre négative serait diffuse, molle, souple, lente à guérir, sa cicatrice serait lisse et non rétractile. Cette méthode jouit actuellement d'un maigre crédit. En Amérique, où elle prit naissance, et en Angleterre, où elle fut fort en honneur, elle est presque complètement abandonnée. Est-ce à dire qu'elle ne doit plus être employée? Nous ne le croyons pas. L'électrolyse circulaire négative doit être conservée comme thérapeutique de certaines sténoses rectales, mais c'est une méthode palliative à laquelle il ne faut pas demander plus qu'elle ne peut donner. Elle agit indiscutablement sur le facteur sténose en modifiant les tissus, et cela d'une façon assez rapide, ainsi qu'il découle des observations publiées (Une observation de Zimmern rapportée par P. Bazy, B. H. Soc. Chir. 1909. — Une observation du Professeur Quénu communiquée à la même séance dans la discussion qui suivit; une observation de Bensaude et Ronneaux; la même année Chabry publie trois cas; Zimmern et Mouchet en apportent un autre au Congrès International de Chirurgie de Lille; trois autres observations de Zimmern sont rapportées dans la thèse de Gypstein.) Mais des mêmes

observations, il ressort que l'action *n'est pas durable*, car les malades traités doivent se soumettre ultérieurement à des séances, espacées certes, de dilatation ou d'électrolyse. Des *récidives* ont mêmes été signalées. Ceci n'est pas pour surprendre, *car si l'électrolyse agit sur le facteur sténose, elle n'a aucune action sur le facteur rectite*, cause de la sténose. Il faut donc considérer la méthode électrolytique comme palliative. A ce titre, elle peut rendre des services. C'est une méthode de douceur, non douloureuse en son application, permettant de dilater rapidement certains rétrécissements. Elle sera particulièrement précieuse chez des malades pusillanimes très nerveux supportant mal les dilatations. Nous en verrons les indications ultérieurement.

3° L'ÉTINCELAGE DE HAUTE FRÉQUENCE

En juillet 1922, Heitzboyer présentait à la Société de Chirurgie deux malades qu'il avait traité par l'étincelage de haute fréquence. Le premier malade atteint de sténose rectale serrée était porteur d'un anus iliaque. Deux séances sous anesthésie générale pratiquées à un mois d'intervalle amenèrent une amélioration considérable. Un deuxième malade, en état de rétrécissement large, présentant au niveau de la muqueuse rectale des bosselures d'aspect papillomateux, bénéficia également de la méthode. Heitzboyer cite enfin le cas d'un troisième malade qui avait subi une résection de son rétrécissement avec anus iliaque

préalable, et chez lequel des papillomes rebelles furent détruits également par la fulguration.

Nous avons entrepris de traiter par cette méthode ctincelage de haute fréquence et électro-coagulation la malade qui fait l'objet de notre observation n° IX. Elle est encore actuellement en cours de traitement, mais tout nous fait espérer que nous pourrons prochainement lui fermer son anus iliaque. Le seul reproche que l'on puisse adresser à la méthode, c'est de ne pas tenir compte de la rectite concomittente qu'il faut soigner parallèlement. A part cela, l'étincelage de haute fréquence nous paraît être la méthode de choix pour faire disparaître les végétations anales et endo-rectales de la rectite proliférante. Comme Heitzboyer nous avons été frappés de l'absence de toute réaction inflammatoire autour de l'escarre créée. Aucun phénomène douloureux. Quand l'escarre est tombée, la cicatrisation est extrêmement rapide, malgré le milieu septique, et la cicatrice obtenue est souple, non rétractile. L'anesthésie générale n'est pas nécessaire. Une anesthésie épidurale, que l'on peut répéter impunément, permettra de procéder par étapes. L'étincelage de haute fréquence est une méthode à retenir et qui rendra des services dans les cas de rectite proliférantes et sténosante, à condition de ne pas vouloir l'ériger en méthode radicale.

1° LA FIBROLYSINE

L'emploi de ce médicament en injections intramusculaires a été préconisé dans le traitement des

rétrécissements fibreux du rectum. Les résultats obtenus n'ont certes pas été ceux que l'on espérait. Ils peuvent être résumés par l'opinion de Mummery sur ce sujet. Cet auteur a vu plusieurs cas dans lesquels l'emploi de la fibrolysine en injection intramusculaire a semblé provoquer un léger ramollissement du tissu fibreux et permettre de ce fait une dilatation plus facile. Le résultat est donc bien minime pour une méthode si séduisante au point de vue théorique. M. le Professeur Carnot et le Docteur Friedel ont eu l'idée d'injecter la fibrolysine, non plus dans une masse musculaire, mais *in situ* dans le rétrécissement lui-même. Le résultat obtenu est beaucoup plus encourageant. Voici leur observation que nous pouvons publier grâce à leur obligeance :

OBSERVATION N° XVIII (inédite)

Madame Z..., 36 ans, mariée.

Syphilis probable; deux avortements; puis trois grossesses normales suivies de deux nouveaux avortements. Des trois enfants vivants, le deuxième est atteint d'insuffisance aortique.

En 1910, troubles gastriques et constipation opiniâtre. Cure à Vichy sans résultat.

En 1911, nouveau séjour à Vichy. Aucune amélioration. Au contraire, la constipation est plus marquée, Apparition de glaires et de sang dans les selles.

En 1912, deux bubons, un dans chaque aîne, suppurant. Incision et guérison en dix jours. Un Wassermann pratiqué à ce moment est négatif. Malgré cela,

traitement mercuriel sans influence sur les troubles rectaux. Il y avait toujours du mucus et du sang dans les selles.

En 1913, cure à Châtel-Guyon qui améliore la constipation mais les selles contiennent toujours des mucosités sanglantes et du pus.

En 1918, le rétrécissement est diagnostiqué et traité par la dilatation aux bougies de Hegar.

En juillet 1919, vient à Paris consulter le Professeur Carnot. Elle est accompagnée de son médecin qui a suivi l'évolution de la maladie.

A l'examen, femme grasse, pâle, chez laquelle on constate au toucher un rétrécissement siégeant à 5 centimètres de l'orifice anal, rétrécissement serré admettant à peine l'extrémité de l'index, rétrécissement mobile sur les plans péri-rectaux. Epaississement nodulaire de la paroi rectale au-dessous de l'anneau fibreux. Un examen rectoscopique pratiqué avec le petit tube fait constater au-dessus du rétrécissement une muqueuse excoriée superficiellement, saignante, recouverte de muco-pus. Un Wassermann pratiqué est négatif.

TRAITEMENT. — Arsénobenzol : 0,15; 0,30; 0,45; 0,60; 0,75; 0,90 intra-veineux. Dans l'intervalle, 4 injections intra-musculaires de biiodure de mercure. Ce traitement terminé, on pratique localement à l'aide d'un petit rectoscope des injections de fibrolysine dans la base de l'anneau fibreux; 6 piqûres symétriques. Ce traitement terminé, on reprend le traitement antisyphilitique. En août, le médecin traitant constate la disparition presque complète du rétrécissement. La malade fait une cure à Uriage. Revue en juillet 1920. Signes oculaires attribués à la spécificité. Ptosis persistant, réflexe à la lumière paresseux à gauche, normal à droite. Au toucher, on constate la disparition complète du rétrécissement. Le rectoscope de 22 millimètres pénètre facilement jusqu'à

15 centimètres de hauteur. La muqueuse rectale présente des signes de rectite superficielle; muqueuse œdématisée, érodée par places, saignant légèrement. Selles normales moulées tous les matins, recouvertes de muco-pus. Le traitement par les pansements recto-coliques, gélose, goménol, dermatol, est fait tous les deux jours.

Revue en 1921 : état général très bon. Toucher rectal facile. Tuniques rectales souples, mobilisables en tous sens. Rectoscopie : muqueuse blanchâtre excoriée, recouverte de muco-pus. Cet aspect de la muqueuse intéresse tout le rectum. L'insufflation montre une perte de souplesse. En retirant le tube d'ailleurs, on note que le cylindre rectal reste béant avec un diamètre de plus de deux centimètres.

Revue en 1922 et 1923 : état général très bon. Les pansements recto-coliques ont été continués, mais irrégulièrement.

En 1924 : toucher rectal : rien d'anormal dans la partie inférieure de l'ampoule, en particulier à l'endroit où siégeait le premier rétrécissement constaté. Mais à 8 centimètres on bute sur un nouveau rétrécissement. Le rectoscope de 15 millimètres montre à ce niveau une image typique de rétrécissement. En résumé, malade chez laquelle un rétrécissement évolue depuis 13 ans. Des injections *in situ* de fibrolysine ont fait régresser la lésion fibreuse. La rectite a persisté. Le rétrécissement initial ne s'est pas reproduit 5 ans après le traitement, mais un deuxième rétrécissement plus haut situé est apparu. L'action locale de la fibrolysine ne paraît pas ici pouvoir être mise en doute. Ce traitement pourra vraisemblablement être appliqué à quelques cas particuliers.

C) TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'histoire des procédés opératoires mis en œuvre contre les rétrécissements fibreux du rectum présente ceci de particulier que chacun d'eux a passé en son temps pour une méthode efficace pour ne pas dire radicale. La rectotomie interne, la première en date, fut vite abandonnée, car elle compta des morts nombreuses par hémorragies, suppurations péri-rectales interminables, péritonite.

La rectotomie externe se fait jour en 1872, date à laquelle Verneuil décrit sa rectotomie linéaire à l'écraseur. Vulgarisée par l'auteur et les travaux de ses élèves, cette intervention, bénigne en tant que mortalité immédiate, mais décevante dans ses résultats, car elle entraîne à coup sûr une suppuration interminable, une déficience sphinctérienne certaine, une récurrence non moins rare, sera érigée pendant vingt ans comme méthode de choix dans le traitement des sténoses rectales. Elle ne présentait cependant qu'un avantage, celui de parer à l'obstruction chronique.

L'anus artificiel, né dans les pays anglo-saxons, sera long à être adopté en France malgré l'apparition de l'antisepsie. L'extirpation connaîtra avant lui une vogue considérable. Second le premier, en 1889, rapporte à la Société de Chirurgie un cas de rétrécissement enlevé par voie périnéale intra-sphinctérienne. En 1891, Quénu, puis Richelot, communiquent suc-

cessivement leurs premières extirpations. Ce mode de traitement est à l'ordre du jour tant en France qu'en Allemagne; les travaux se multiplient, les voies d'abord sont minutieusement étudiées et comparées, voie sacrée, périnéale, vaginale; les techniques se précisent. Des discussions à la Société de Chirurgie auxquelles prennent part Richelot, Quénu, Terrier, Segond, Berger, il ressort que le principe de l'extirpation est admis par la majorité des chirurgiens. Seules, les voies d'accès sur le rétrécissement varieront avec les auteurs. Les thèses de Mosès, de Gauran, de Carré exposent d'enthousiasme la nouvelle méthode, les résultats admirables observés. L'extirpation devient le traitement radical des sténoses inflammatoires du rectum. Mais les faits se multiplient, les résultats éloignés commencent à être connus. Quelques-uns sont publiés dans la thèse de Lachowski. En 1895, Quénu et Hartmann, dans leur traité de chirurgie du rectum, rassemblent 35 observations d'opérés et arrivent à émettre des doutes sur la valeur de l'extirpation. En 1897, Lapointe, dans son importante thèse, rapporte 34 nouveaux cas. Il conclut que l'extirpation ne doit plus être considérée comme une méthode radicale, et met en valeur l'anus iliaque trop méconnu dans le traitement des accidents d'obstruction chronique. Depuis cette date, la question du traitement chirurgical des sténoses rectales n'a guère progressé et ne semble avoir intéressé qu'une minorité de chirurgiens. L'anus iliaque semble dans l'esprit de beaucoup d'auteurs avoir pris le pas sur l'extirpation.

Voyons ce que l'on peut attendre de l'un et de l'autre.

A) Ce que l'on peut attendre de l'extirpation :

En 1895, Quenu et Hartmann, dans leur *Traité de Chirurgie du Rectum*, écrivaient : « Le traitement radical des rétrécissements inflammatoires du rectum est encore à trouver. L'extirpation avait semblé tout récemment devoir promettre la guérison définitive. Nous verrons malheureusement que l'on doit aujourd'hui abandonner les belles espérances du début. Quelque imparfaite qu'elle soit dans ces résultats définitifs, l'extirpation reste encore, lorsqu'elle est possible, le meilleur traitement palliatif des rétrécissements du rectum. » Les conclusions de Lapointe (100), dans sa thèse de 1897, sont à peu près identiques. L'auteur reprend l'étude de 35 cas publiés par Quenu et Hartmann et apporte 34 observations nouvelles. Les 69 cas étudiés comprennent :

20 opérations par la méthode de Kraske ;

2 opérations par la voie vaginale ;

17 opérations par les différents procédés périnéaux, ces derniers respectant ou non l'intégrité du sphincter.

La mortalité opératoire semble assez lourde : 15 % ; 11 décès sur 69 malades.

Parmi les 58 opérés survivants, trois meurent la première année de pneumonie, tuberculose pulmonaire, suppuration prolongée. Reste 55 malades,

dont 31 seront suivis moins d'un an et 21 revus plus d'un an après l'intervention.

Dans ces 21 cas, la reproduction de la sténose est notée 12 fois à des degrés variables. Dans les 31 autres, elle est signalée 9 fois, mais un certain nombre de malades ont été perdus de vue moins de trois mois après la guérison opératoire. Sans tenir compte de ce fait, on doit donc noter 21 récurrences sur 55 cas survivants, soit plus de 38 %. Ce que Lapointe, d'ailleurs, appelle récurrence n'est pas à proprement parler toujours une récurrence de la sténose inflammatoire, mais la plupart du temps un rétrécissement cicatriciel siégeant au niveau de la suture recto-cutanée. La suppuration rectale persistante est à peu près constamment signalée comme accompagnant ces sténoses post-opératoires. Enfin, dans les cas où l'appareil sphinctérien a été conservé au cours de l'opération, l'incontinence est fréquente surtout dans le Kraske (6 incontinenances partielles ou totales sur 15 opérés par ce procédé). *La guérison complète et radicale caractérisée par un calibre rectal normal, l'absence de suppuration rectale, des garde-robes indolentes et régulières n'existent que chez 9 des 55 malades survivants, et encore 3 seulement d'entre eux ont été revus à un an, deux ans, huit ans, les six autres ont été examinés moins d'un an après l'intervention.* Ces résultats ne sont guère encourageants. Depuis cette époque déjà lointaine, les résultats de l'extirpation du rectum pour rétrécissement inflammatoire se sont-ils améliorés ? Nous avons cherché dans la lit-

térature française les observations des cas opérés. Nous avons été frappés de leur petit nombre et n'avons pu en rassembler que 14 rapportés pour la plupart à la Société de Chirurgie de Paris. Nous résumons ces cas en un tableau qui comprend en outre 7 observations inédites.

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION ET DU PROTOCOLE OPÉRAIRE	RÉSULTAT IMMÉDIAT	MOINS D'UN AN	PLUS D'UN AN
N° 1. — Pr Ed. QUÉNU, <i>B. M. Soc. Chir. Paris</i> , 1904, page 719.	Mme X... 24 ans. Début remonte à 5 ans. En janvier 1904: rétrécissement cylindrique typique commençant peu au-dessus de l'anus. L'index bute à 7 cent. et se coince dans la partie la plus coarctée. <i>Ca lieux</i> , anal-fissure marquée. Le 19 janvier, annulation de l'anus par lavages quotidiens au permanganate, au drainage du rectum par dilatation manuelle, au drainage du rectum par dilatation manuelle au doigt, aux pansements ichthyolés, annulation de la suppuracion rectale et de l'état général. Accroissement de poids considérable. Le 22 mars 1904, extirpation périméale du rectum <i>voie intra-sphinctérienne</i> . On abaisse 12 à 14 centimètres d'intestin qui est sectionné à 12 centimètres de l'anus et anastomosé sans. Cette dernière est suturée à la peau. Fermeture de l'anus iliaque le 14 juin.	Suites opératoires simples. 2 jours après quelques fils ont coupé et il s'installe une légère suppuracion au niveau de la désunion. Suppuracion vaginale causée par une ulcération. Au 10 ^e jour, le rectum est anastomosé. Au 15 ^e jour, la suppuracion vaginale tarie. Du 6 avril au 10 mai, suintement anal, diminue et disparaît.	4 mois après l'intervention, résultat parfait. Selle quotidienne. Aucun écoulement anal ni suintement. Continence parfaite. L'anus est souple dans son niveau du 1/4 postérieur, petites brides iliaques de 2 centim., là où les points de suture ont manqué.	
N° 2. — Pr LÉJARS, <i>B. M. Soc. Chir. Paris</i> , 1904, page 743.	Femme, 28 ans. Début remonte à 2 ans. Rétrécissement fibreux bas situé sus sphinctérien. Dilatation sous chloroforme en janvier 1903. Séances de dilatation par la suite. Réapparition ultérieure des troubles fonctionnels et aggravation de l'état général. En octobre, extirpation du rectum, <i>voie vaginale</i> . Incision verticale de la paroi vaginale inférieure, complétée à ses deux extrémités par un trait transversal. Les deux lambeaux latéraux sont rabattus. Dissection de l'ampoule rectale d'avant en arrière et de bas en haut, en pincant et haut successivement les vaisseaux qui se présentaient. Le péritoine étant ouvert, abaissement facile du rectum amené en anse dans le vagin. Ligature du rectum aux 2 extrémités de la zone à réséquer, inférieurement juste au-dessus du sphincter. Section, décollement et excision de la muqueuse du canal anal. Le segment supérieur du rectum abaissé est alors introduit dans le canal sphinctérien et la muqueuse suturée à la peau. Reconstitution des plans péri-rectaux au catgut, fermeture du cul-de-sac péritonéal et suture des lambeaux vaginaux. Drain intra-rectal.	Suites opératoires favorables. Désunion de quelques points anastomosés; au bout d'un mois, la malade quitte l'hôpital.	Résultat excellent. 6 mois après, petite fissure périméale antérieure excisée après section de la paroi supérieure de son court trajet. Suture primitive, guérison 9 mois après l'intervention; la guérison se maintient, paroi ano-rectale souple et régulière, aucune trace de récidive. Etat général parfait.	

vous repasse ces événements en 1904. Le 24 octobre 1904, l'anté-anale est complète, retro-anale à 6 centimètres et au complet. Le 14 mars 1905, l'anus est établi le plus haut possible sur l'anse sigmoïde. Lavages du bout inférieur. Le 11 février 1906 on décide l'ablation. Essai d'extirpation intra-sphinctérienne, libération de la muqueuse du canal anal, puis de la muqueuse rectale suivant la méthode de Whitehead, jusqu'au rétrécissement à 6 centimètres de l'anus. Comme on se rend compte que la portion rétrécie fait corps avec une induration fibreuse extra et péri-rectale, surtout prononcée en avant, on franchit les limites de la muqueuse en dedans de laquelle on s'était tenu pour libérer le rectum et l'abaisser. Successivement on décolle le rectum en arrière au niveau de la concavité sacrée, on accroche les releveurs et on les sectionne d'arrière en avant après les avoir saisis dans une pince. La libération antérieure ne peut se faire que millimètre par millimètre, à l'aide de ciseaux, tant le rectum est confondu avec l'induration fibreuse qui s'étend entre ses faces antérieures d'une part, l'urètre et la prostate d'autre part. Cette libération devient à un moment si pénible que la paroi rectale se déchire sous la traction. Comme il est facile de voir que le segment rétréci remonte à plus de 13 centimètres, on décide la section du coccyx et le sacrifice du sphincter. Incision médiane postérieure, résection du coccyx, libération antérieure et latérale du rectum. Les lésions remontent à 15 centimètres. Le cul-de-sac péritonéal a pu être refoulé sans être ouvert. Abouchement du rectum à la région coccygienne par 4 points en U prenant la peau et toute l'épaisseur de l'intestin, 2 drains. Fermeture de la plaie périnéale.

N° 4 — BÉRARD
Soc. chir. Lyon. 11
 vol. 1909.
 1912.

Femme. 34 ans. Jais de syphilis. Constipation opiniâtre remontant à l'âge de 11 ans. En 1908, matières dures laminées avec glaires. En novembre, toucher rectal révèle à bout de doigt, sur paroi antérieure de l'ampoule, un épaississement demi-annulaire saillant dans l'intestin, comme une valve en croissant, sans végétations ni ulcérations, ne saignant pas au contact du doigt. Toucher vaginal combiné donne impression de demi-anneau de caoutchouc inclus dans la partie intestinale au fond du Douglas. On pense à un rétrécissement congénital avec hypertrophie localisée de la tunique musculaire. Rectoscopie.

Ancun indident post-opératoire. Le 10 janvier 1909, la fistule rectale postérieure est tenue par le drain. Dilatation pour assouplir cicatrice rectale. Le 20 janvier, selles spontanées: 10. Sténose à 12 qu'une petite

Rien de particulier jusqu'en décemb. 1910. A partir de ce moment la constipation réapparaît. Etat général excellent. Toucher: toutes les parois de l'ampoule ont gardé leur souplesse, on perçoit seulement à bout de doigt, sur la paroi antérieure,

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	RÉSUMÉ DE L'OBSERVATION ET DU PROTOCOLE OPÉRATOIRE	RÉSULTAT IMMÉDIAT	MOINS D'UN AN	PLUS D'UN AN
centimètres présentant une surface grisâtre, rougeâtre, comme un ulcère atone. 9 décembre 1908. Exérèse. Incision du raphé ano-coccygien, incision postérieure du rectum jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'anus. Cette rectotomie postérieure sus-sphinctérienne avec résection du coccyx permet d'abaisser facilement et d'amener à la vue la lésion qui occupe un ovale large de 5 centimètres environ et haut de 3. 3. Une dissection prudente fait reconnaître que l'épaississement constituant la sténose occupait la sous-muqueuse et la musculieuse, tandis que la sous-sérreuse restait souple. Extirpation de tout le segment malade sans ouvrir le péritoine. Un premier surjet de catgut en capifon assure l'hémostase profonde en amenant au contact l'un de l'autre les lèvres supérieure et inférieure de la brèche créée. Une suture exacte fut également placée sur la muqueuse. Fermeture de l'incision rectale postérieure au point d'origine de l'apophyse fin faissée occupant un train de sûreté pénétrant dans le rectum.	linéaire rétro-anal. Au toucher, aucune trace de l'incision rectale postérieure, sur la paroi rectale antérieure, légère saillie souple à la place du rétrécissement.			une zone linéaire peu résistante. Rectoscopie : à 12 centimètres ébauche de valvule, mais muqueuse simple sans ulcération. Excellent résultat 2 ans après intervention.
N° 5. — BÉRRARD, Soc. Chir. de Lyon, 11 février 1909, 6 juin 1912.	Femme, 62 ans, pris de symptômes remontant à 2 ans. En 1909, empiètement de la grande lèvre gauche avec envahissement de la paroi vaginale postérieure dans son 1/3 antérieur et des téguments au pourtour de l'anus. Quelques petites collections suppurées infiltraient ces zones indurées. 2 fistules vaginales souillées de matière, 2 fistules de la grande lèvre. Toucher rectal. Rétrécissement en entonnoir à 4 centimètres. Très mauvais état général. Température oscille entre 39°8-38°5. Rien de pulmonaire, 6 janvier 1909. Coelostomie. Le 18 janvier, ablation en bloc de tous les tissus périmaux suspects, de la grande lèvre gauche, de la demi de la paroi inférieure du vagin. Un segment de 15 centimètres de rectum et d'S iliaque est ainsi enlevé par voie coccy-périnéale. La décoloration de l'intestin malade fut facile. Il semble isolé de sa gaine par une zone oedémateuse dont le clivage s'effectuera rapidement.	Suites immédiates très souples.	Mort 4 mois après l'intervention, de tuberculose pulmonaire. <i>Récidive du processus sténosant.</i> Infiltration du segment sus-jacent à l'anus coccygien.	

N° 6. — RAYBAUD, <i>B. M. Soc. Chir.</i>, 1900, page 779.	« Cette opération dans laquelle je m'étais lancé avec cette conviction que j'avais là des lésions très limitées, fut particulièrement longue et laborieuse. Nous tombâmes en effet sur des modifications très étendues du tissu cellulaire péri-rectal. L'intestin était entouré d'une gangue fibreuse, de tissu adipeux très adhérent faisant corps avec lui et contenant des ganglions suppurés, les autres caseux. Ces ganglions, cette graisse, se poursuivaient dans le mésentère, empêchant la descente de l'intestin qui, en avant, était également fixé par le cul-de-sac péritonéal très épais, lui-même et enflammé. Aussi ce fut avec beaucoup de peine que nous pûmes faire descendre le rectum et cette masse adéno-lipomatense qui y adhérait. Nous dûmes remonter jusqu'au commencement de l'S iliaque. »	Réunion per primam presque complète.	2 ans après intervention, nouvel anus régulier, souple, aucune difficulté, pour aller à la garde-robe, mais il persiste un léger écoulement muqueux puriforme dont la malade n'a pu se débarrasser complètement.
N° 7. — PORHE, <i>Chir.</i>, 1909, page 816.	Femme de 40 ans, atteinte de rétrécissement inflammatoire vasculairement d'origine vénérienne. Pas de syphilis. Résection de 6 centimètres de rectum en respectant le sphincter et abaissement de l'intestin sectionné au-dessus du rétrécissement. L'anneau con-sacine une altération des tuniques rectales s'étendant beaucoup plus haut que les lésions muquées. Infiltration de ces tuniques au niveau du segment où la muqueuse paraît saine.	Suites opératoires simples. Drains enlevés le 10^e jour sans qu'il y ait eu suppuration. Du côté de l'anus, la portion inférieure de l'S iliaque s'est sphaculée et le rectum s'est fait spontané-ment entre le bout inférieur du rectum et l'S iliaque.	6 mois après exérèse. A repris de l'embonpoint. Selles régulières. Noter cependant <i>incontinence lé-gère</i>. Evacuation involontaire de matières liquides. La région ano-rectale est insensibile à la piqure.
N° 8. — ARABE, <i>Rapport H. Haumann, B. M. Soc. Chir.</i>, 1900, page 171.	Femme de 49 ans. Rétrécissement du rectum avec grosses lésions inflammatoires du creux ischio-rectal et perirecte intense. 22 juillet 1900, anus iliaque gauche le plus haut possible sur le sigmoidé, 3 mois après. Résection du rétrécissement et des tissus malades avoisinants par voie sacrée. Position ventrale de la crête sacrée à la 1/2 du coccyx. Dissection de l'extrémité inférieure du sacrum et du coccyx avec dissection du grand fessier et les ligaments sacrospinotiques. Section du sacrum à 8 centimètres de la pointe du coccyx, peu au-dessous du 3^e trou sacré. Ablation du triangle osseux. La cavité rétro-rectale se trouve ouverte. Travail de libération consis-	Suites opératoires simples. Drains enlevés le 10^e jour sans qu'il y ait eu suppuration. Du côté de l'anus, la portion inférieure de l'S iliaque s'est sphaculée et le rectum s'est fait spontané-ment entre le bout inférieur du rectum et l'S iliaque.	6 mois après exérèse. A repris de l'embonpoint. Selles régulières. Noter cependant <i>incontinence lé-gère</i>. Evacuation involontaire de matières liquides. La région ano-rectale est insensibile à la piqure.

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	RESUMÉ LE L'OBSERVATION ET DU PROTOCOLE OPÉRATOIRE	RÉSULTAT IMMÉDIAT	MOINS D'UN AN	PLUS D'UN AN
N. 9. <i>BRAQUEHAYE, these, Paris, 1902-1910.</i>	tant à réséquer tous les tissus durs scléreux qui englobent le rectum. La tâche est pénible, car il s'agit là de paquets de sclérose résistants. On n'y rencontre guère de trajets fistuleux. Le rectum étant dégagé sur ses faces latérales, il est facile de le décoller d'avec le vagin. Ce dernier est cependant déchiré. Suture au catgut. A ce moment le rectum devient mobile jusqu'au-dessus péritonéal. Section du rectum au-dessus du sphincter et section au niveau de la levée du peritoine au-dessus d'une pince. Comme on n'a pas trouvé de clapiers suppurés dans le petit bassin, ouverture de la cavité péritonéale, abaissement de l'S iliaque après avoir ligaturé et lié les branches terminales de la mésentérique inférieure. L'S iliaque abaissé est attiré à travers l'anus dilaté. Fermeture du péritoine. Fixation du segment abaissé à la peau de la région anale, 2 gros drains latéraux sortent à travers la ligne d'incision incisionellement fermée.	L'anus iliaque sera fermé le 29 septemb. 1909. Voie intra-péritonéale, résection et terminale.		
N. 9. <i>BRAQUEHAYE, these, Paris, 1902-1910.</i>	Femme. Rétrécissement inflammatoire du rectum avec fistule recto-vaginale et de la marge de l'anus commençant à 4 centimètres de l'anus et haut de 3 à 4 centimètres. Intervention par le procédé de Braquehaye sans anus préalable.	Au 6^e jour, les sutures rectales lâchent, et une partie du lambeau se sphacèle. Un mois après, plaie cicatrisée. Selles régulières normales ou presque. Comme une récidive est à craindre, on conseille à la malade de se passer chaque semaine une grosse bougie rectale.		Revue chaque année pendant 8 ans. A continué à se passer des bougies chaque semaine. Grâce à lavements, laxatifs, vide facilement son rectum. Selles très difficiles si malade constipée. Amélioration sur l'état opératoire. Le rectum admet le ponce mais manque de souplesse au niveau du rétrécissement. Etat général très bas. La malade satisfaite de son état refuse toute nouvelle intervention.

INDICATION BIBLIOGRAPHIQUE	RESUMÉ DE L'OBSERVATION ET DU PROTOCOLE OPÉRATOIRE	RÉSULTAT IMMÉDIAT	MOINS D'UN AN	PLUS D'UN AN
N° 15. — BARBIER, in observation n° VI de notre Thèse.	Recte prolapsant et sténosant à l'occulia. Extirpation du rectum par voie périméale avec conservation du sphincter et abaissement du sigmoid (mars 1923).	Suites immédiates très satisfaisantes.		Revu en mars 1924, 1 an après, en bon état. On note seulement au niveau de l'anus un léger écoulement glaireux plus ou moins teinté et une légère incontinence. En mai 1924, réapparition du ténésus, et en juillet 1924, récurrence nette de la sténose sur une hauteur de 4 centimètres.
N° 16. — Pr B. CLEO, in observation n° XV de notre Thèse.	Rétroissement ventral du rectum. Le 30 juin 1924, résection périméale du rectum, incision antérieure sans aucun incident, et postérieure pour la conservation du sphincter.	Suites immédiates	En décembre, l'état local est parfait. Très bonne continence, très léger suintement glaireux. Fermeture de l'anus sur le colon droit. Excellent résultat.	
N° 17. — SAVA-RAUD, in observation n° IV de notre Thèse.	Rétroissement sphinctérique du rectum. Extirpation par voie coccy-périméale avec conservation du sphincter, le 22 juillet 1924.	Suites immédiates ne furent pas simples	La maladie sort de l'hôpital en décembre. Bon état général. Localement phénomènes de rectite. Nouvel anus rétréci. Incontinence pour les matières liquides.	
N° 18. — Pr H. HARTMANN, in observation n° XV de notre Thèse.	10 octobre 1924 : Amputation intra-sphinctérienne du rectum pour rétrécissement.	Suites simples.	Résultat très satisfaisant au 1er décembre. Bonne continence. Le malade qui ne souffre pas va à la selle régulièrement et re-	tient ses ma-

				partie antérieure et gauche au point où quelques fils ont coupé, petite zone granulueuse.
N° 19.	Pr. 27 octobre 1924 : Amputation intra-sphinctérienne du rectum pour rétrécissement.	Suites simples.	opératoires	Résultat excellent. Au 35 ^e jour, continence anale complète complète, sauf si matières très liquides. Anus en bel état. Cicatrisation complète.
N° 20.	Et. 20 juillet 1916 : Amputation intra-sphinctérienne du rectum pour rétrécissement.	simples.		Résultat excellent. Eu 1924, soit 8 ans après, le malade doit être opéré pour obstruction intestinale. Anus iliaque. Récidive de la sténose inflammatoire qui s'est reproduite sur une assez grande hauteur.
N° 21.	X. Amputation intra-sphinctérienne du rectum, pratiquée en 1921.	Suites simples.	immédiates	Hémorragie et rectite persistent. 3 ans après l'intervention, mort par insuffisance cardiaque. La récurrence du rétrécissement inflammatoire est constatée nettement.

Les 21 cas rapportés au tableau précédent comprennent :

- 1 intervention par voie vaginale,
- 4 interventions par le procédé de Braquehayé,
- 1 intervention par voie abdomino-périnéale,
- 1 intervention par voie sacrée,
- 14 interventions par voie périnéale;

ces dernières se décomposant en :

- 5 amputations intra-sphinctérienne,
- 3 amputations par la technique de Cunéo,
- 6 amputations par procédés divers, dont 3 sans chercher à conserver le sphincter.

Un seul décès post-opératoire est rapporté. Nous ne pouvons en tirer aucune conclusion concernant la gravité de l'extirpation des rétrécissements. *Les résultats immédiats* sont très satisfaisants dans l'ensemble au double point de vue *état local* et *continence*. Il semble bien que, la perfection technique aidant, on constate de moins en moins ces sténoses cicatricielles par remontée du bout supérieur que signale Lapointe. Sauf dans les cas où le sphincter a été sacrifié, la continence est suffisante. Elle est parfaite dans 10 cas dans lesquels ont été employées la voie vaginale, la voie intra-sphinctérienne et la technique de Cunéo. Une incontinence légère est notée dans les autres observations. Même quand la continence est très bonne, il y a une chose que l'intervention ne supprime pas complètement, c'est la *rectite*. Un écoulement glaireux, d'ailleurs peu abondant, est fréquemment signalé.

Les résultats éloignés sont moins favorables ;
3 opérés ont été revus après un an ; il y en a

3 chez lesquels le résultat se maintient excellent
après deux ans, trois ans, quatre ans ;

1 est en très bon état après deux ans, mais il persiste un léger écoulement muqueux puriforme ;

1 revu régulièrement pendant huit ans est amélioré, mais il est obligé de se dilater de temps en temps ;

3 ont récidivé dans les délais de un an, huit ans, trois ans, et chez ces deux derniers la récurrence était certainement antérieure à sa constatation.

La proportion des récurrences, $3/8^e$, est considérable. A quoi tient cette réapparition d'une sténose inflammatoire ? Est-ce à une exérèse insuffisamment étendue en hauteur ? C'est possible. Mais même dans les cas où l'extirpation a été étendue, où la section de l'intestin a porté en muqueuse d'apparence saine, les faits sont là pour nous prouver que la rectite persiste, légère certes. C'est cette rectite, ou même cette recto-colite sus-stricturale, que l'extirpation n'a pu supprimer qui cause la récurrence, et nous ne sommes pas éloignés de croire que ces dernières s'observent plus fréquemment que l'on ne le pense si les malades sont abandonnés à eux-mêmes après l'intervention.

b) *Ce que l'on peut attendre de l'anūs iliaque :*

Les bénéfices qu'un malade atteint de rétrécissement du rectum peut tirer d'un anus iliaque sont trop connus pour que nous y insistions. On doit à

cette opération palliative de véritables résurrections chez des malades cachectisés atteints de suppuration abondante du rectum et en proie à des douleurs incessantes. En dérivant le cours des matières, l'anus iliaque fait disparaître l'intoxication stercorémique, et très rapidement le malade reprend du poids et recouvre ses forces. A condition que rien ne passe par le bout inférieur, qu'une véritable exclusion du rectum se trouve réalisée, on observe une modification heureuse des symptômes locaux, surtout si l'on pratique régulièrement des lavages du segment exclu. La suppuration rectale diminue, les hémorragies, quand il en existe, cessent, les crises de ténésme si pénibles s'atténuent et s'espacent. Les suppurations péri-rectales se tarissent. Il ne faut pas croire cependant que l'influence de l'anus iliaque sur le facteur rectite se manifeste rapidement. Ce n'est que très lentement, souvent au bout de plusieurs mois, que celle-ci diminue d'importance. Si elle disparaît complètement ou presque, ce n'est qu'après plusieurs années. Enfin l'anus iliaque n'a aucune action sur l'évolution anatomique de la sténose. Si la rectite diminue, l'organisation fibreuse de l'infiltration sous-muqueuse se fait de plus en plus dense. La sténose devient de plus en plus serrée. La lumière rectale finira par être réduite à un calibre minuscule, mais jamais elle ne disparaît complètement. Le sigmoïde sus-jacent subit une atrophie notable. La radiographie du segment intestinal exclu chez la malade de notre observation n° VIII est à ce sujet très démonstrative.

L'anūs iliaque permet une existence à peu près normale pendant des années. Certains malades ont été suivis pendant plus de 15 ans et avaient repris leurs occupations. Quand on les interroge, tous ou presque se déclarent pleinement satisfaits de leur état en comparaison des souffrances qu'ils éprouvaient avant l'établissement de leur anus. La plupart, bien qu'ayant été opérés par des procédés simples, ne portent même pas d'appareils. Les malades arrivent à régler leurs selles par des petits lavements matinaux. Bref, l'anūs iliaque n'est qu'une méthode palliative, mais elle est d'exécution facile sans mortalité et donne toujours un résultat appréciable.

Maintenant que nous savons ce que peut nous donner l'extirpation, ce que l'on peut attendre de l'établissement d'un anus iliaque, voyons, avant de poser les indications de ces méthodes, comment les auteurs qui se sont occupés de la question envisagent leur application.

c) Indication des méthodes chirurgicales d'après les auteurs français et étrangers.

Le Professeur HARTMANN possède sur la question une très grosse expérience. Dans sa conférence à la Société Médicale de Londres en 1922, il expose le fruit de son expérience portant à cette date sur 86 cas personnels. Sur ces 86 cas :

34 fois, il pratiqua l'amputation intra-sphinctérienne du rectum avec deux morts survenues au

début de sa pratique. Ses 25 dernières opérations sont sans mortalité. Les malades qui bénéficièrent de cette intervention *étaient atteints de rétrécissements peu étendus, limités à la portion terminale du rectum avec lésions sus-stricturales minimales*. Les guérisons obtenues seraient de qualité.

2 fois, pour des rétrécissements très étendus en hauteur, il dut pratiquer une *amputation abdomino-périnéale* du rectum avec une guérison, une mort.

17 malades ont été traités par la *colostomie*.

Sur 86 cas, l'auteur a donc pratiqué 36 exérèses avec 3 morts, 33 bons résultats. Il ressort de cette statistique de valeur parce que personnelle, que l'exérèse est loin d'être applicable à tous les cas; qu'elle s'adresse aux rétrécissements peu étendus et bas situés que pratiquée dans ces cas par la voie intrasphinctérienne elle est susceptible de donner d'excellents résultats. L'auteur ne donne pas de détails sur les résultats éloignés qu'il déclare très bons.

En Allemagne, Ruge (130) a publié un important travail duquel on peut tirer des conclusions intéressantes. Ce travail est basé sur 75 cas observés à la Clinique du Professeur Köste, à Berlin. Sur ces 75 malades :

24 ont été traités médicalement. Dans ce nombre, 6 étaient dans un état si grave que la mort survient à leur entrée dans le service. Les autres furent traités par lavages rectaux, la cautérisation des ulcérations accessibles à la dilatation, 2 morts. Quelques-uns furent améliorés.

Chez 17 autres malades l'an^{us} *contre nature* fut pratiqué : 9 fois colostomie latérale ; 8 fois l'an^{us} artificiel avec section complète de l'S iliaque et aboutement isolé des deux bouts à la paroi, ce dernier procédé étant le plus efficace. Résultats : 5 morts du reste non opératoires ; 7 malades plus ou moins améliorés et conservant leur anus *contre nature* ; 1 malade guéri avec occlusion ultérieure de l'an^{us} temporaire, guérison datant de plus d'un an ; un cinquième guéri également, mais avec persistance de l'an^{us} anormal, le bout sous-jacent du rectum s'étant considérablement rétracté.

15 fois, la *rectotomie postérieure* a été pratiquée ; 2 fois, il ne s'agissait que de la rectotomie basse avec suture consécutive pour une stricture avec ulcération de la portion anale : une guérison, une récurrence ; 13 fois rectotomie postérieure très haute : 1 mort post-opératoire, un opéré fut perdu de vue ; une certaine amélioration dans trois cas ; aucun résultat dans un cas ; une guérison constatée après une ou plusieurs années dans 1 cas. Ces résultats de la rectotomie externe sont médiocres et confirment l'opinion actuelle sur cette intervention.

Chez 19 malades, l'extirpation du rectum a été pratiquée : un malade est mort de l'opération ; un autre est décédé six mois après de tuberculose ; 17 ont quitté le service guéris, 12 avec une continence complète, 3 avec une continence bornée aux matières solides, 2 avec un anus incontinent. 10 ont été revus. Chez l'un d'eux, les ulcérations avaient récidivé dans

les premiers mois; chez les 9 autres, la rectite demeurait guérie au bout d'un à deux ans; chez 5, de trois, cinq, dix, quinze ans; chez les 4 autres, un seul avait de l'incontinence stercorale; chez tous les autres, les fonctions étaient régulières.

On ne saurait nier que ces faits ne plaident singulièrement en faveur de l'extirpation, et Ruge conclut qu'elle représente la méthode de choix, au moins quand l'état général permet d'y recourir, quand les ulcérations ne remontent pas trop haut jusque dans l'S iliaque, et que le mésocolon rétracté n'entrave pas l'abaissement. Ce dernier point peut être vérifié au cours de la colostomie préliminaire que l'auteur préconise.

Ruge, dont les cas opérés ne concernent que des femmes, donne sa préférence au point de vue technique, à un procédé d'extirpation vagino-périnéale qui a été utilisé 11 fois. Dans ce procédé on pratique une incision suivant la paroi postérieure du vagin contournant l'anus d'un côté et aboutissant au sacrum. Résection du coccyx. Libération du rectum. Abaissement. Section et suture de l'intestin abaissé au canal anal conservé.

Dans les autres cas, on a eu recours aux interventions connues :

- 2 fois à la voie coccy-périnéale,
- 2 fois à la voie périnéale transverse antérieure,
- 2 fois à la voie intra-sphinctérienne,
- 2 fois à une technique atypique,
- 1 fois à l'abdomino-vagino-périnéale,

dans un cas très étendu en hauteur avec rétraction du mésocolon iliaque.

En Angleterre, nous n'avons pas trouvé dans la littérature de statistique importante permettant d'envisager comment est conçu par les chirurgiens anglais le traitement des sténoses rectales. Nous citerons cependant l'opinion de Mummery (103) sur l'extirpation. Cet auteur préconise pour les rétrécissements bas situés, tout près de l'anus, et peu étendus, une opération genre Whithead modifiée dont les résultats seraient très bons. En cas de rétrécissement situés à plus d'un pouce au-dessus du canal anal, une exérèse plus large est nécessaire. Mais cette intervention ne doit pas être entreprise à la légère, à cause des difficultés opératoires et de la gravité. Cet auteur, dans une communication plus récente (Discussions à la Société de Médecine de Londres, 13 février 1922), semble donner la préférence, comme méthode chirurgicale de traitement, à la rectotomie interne qu'il aurait pratiquée après lavages répétés antérieurs une cinquantaine de fois sans incidents. Cette méthode, suivie de dilatation, lui aurait permis de constater des améliorations très réelles. A la même discussion prend part Miles, qui déclare que, désappointé des résultats post-opératoires au point de vue incontinence, il en arrive à ne plus faire d'exérèse. Cet auteur pratique le plus souvent une colostomie.

En Amérique, l'extirpation du rétrécissement ne paraît pas être très fréquemment pratiquée.

Yeomann (152) rapporte 50 cas de sténoses rec-

tales parmi lesquelles 37 rentrent dans le groupe des sténoses inflammatoires. Sur ces 37 cas, 15 ont été traités par la dilatation, 9 par la rectotomie, 3 par l'anus iliaque, 1 seul rétrécissement a été extirpé avec bon résultat.

Buie (25) étudie 258 cas de rétrécissements observés à la Clinique des Frères Mayo, de 1912 à 1922. 149 malades furent traités médicalement par dilatation progressive lente avec les bougies de Wales, lavages rectaux, traitement antisyphilitique.

169 malades furent traités chirurgicalement :

54 par dilatation sous anesthésie avec résultat désappointant, le soulagement n'étant que temporaire ;

15 par la colostomie,

12 par l'iléostomie,

28 par des rectotomies ou la résection du rétrécissement.

L'auteur ne donne aucun renseignement sur ces dernières et il conclut : « La plupart des traitements ne peuvent produire une cure complète. La résection, quand elle est possible, est le procédé de choix, mais l'intervention est techniquement difficile et le risque grand. La colostomie est le traitement indiqué dans les cas graves. Combinée avec des irrigations, un traitement local sous contrôle rectoscopique, elle permettra parfois une résection ultérieure. »

b) *Indications de l'anus iliaque.*

Les indications de l'anus iliaque apparaissent mul-

tiples. Sans compter les cas où il doit être pratiqué d'urgence pour parer à des accidents aigus d'occlusion, il est indiqué dans presque tous les cas observés à la phase d'état.

On pourra envisager la création d'un *anus temporaire* dans deux circonstances :

a) Un rétrécissement du rectum soigné près de son début ne s'améliore pas par la dilatation et le traitement médical de la rectite. La mise au repos du rectum permettra au traitement médical de mieux agir, et quand le calibre du rectum aura retrouvé des dimensions suffisantes, quand la rectite a notablement régressé, quand on est sûr d'être maître du calibre par des dilatations espacées, on pourra fermer l'anus. Nous avons relevé plusieurs succès dans ces conditions.

b) L'anus temporaire devra être pratiqué presque dans tous les cas où une amputation du rectum est décidée, car il permet une désinfection recto-colique et une amélioration de l'état général du malade qui supportera beaucoup mieux l'intervention.

L'*anus iliaque définitif* sera indiqué dans tous les cas où un traitement médical est impossible à instituer du fait de l'importance des lésions suppuratives rectales et péri-rectales, de la hauteur de la sténose, quand l'exérèse du rétrécissement est impossible.

Que l'anus envisagé soit temporaire ou définitif, il faut qu'il permette une dérivation complète des matières, que rien ne passe par le bout inférieur. La colostomie latérale n'est donc jamais indiquée, et

c'est aux procédés d'anus avec un bon éperon qu'il faut avoir recours. Les techniques sont trop nombreuses et trop connues aujourd'hui pour que nous y insistions. Disons toutefois que nous donnons la préférence aux procédés qui utilisent une section complète de l'intestin. Eux seuls permettent une dérivation totale des matières. Quand l'anus doit être définitif, une question doit préoccuper le chirurgien, c'est la continence. Celle-ci est en général suffisante quand on a pris soin de faire passer l'intestin à travers la double boutonnière musculaire petit oblique transverse et grand oblique obtenue par dissociation musculaire suivant la technique de Mac Burney. L'intestin est serré au point d'entrecroisement des faisceaux musculaires actifs qui constituent autour de lui un véritable sphincter réalisant une continence très suffisante de l'anus artificiel. La continence complète peut être réalisée par des procédés opératoires spéciaux. Celui qui nous paraît être d'exécution la plus simple et donner les résultats les plus constants est le procédé du Professeur Cunéo, décrit dans la thèse de son élève H. Gailliard (Th. Paris, 1923-1924).

Sur quel segment du colon placer l'anus ? Le plus souvent on a recours à l'anus iliaque gauche, et on aura tout intérêt à sectionner l'intestin le plus près possible de l'origine du colon sigmoïde, et non pas un peu au hasard comme on le fait souvent. Le niveau de la section a surtout un intérêt quand on a l'intention de pratiquer ultérieurement une amputa-

tion du rectum. Un anus bas situé sur le sigmoïde peut empêcher tout abaissement et faire échouer l'intervention. Dans ce cas d'ailleurs, on a peut-être intérêt à pratiquer la dérivation plus haut, soit sur le colon transverse, soit sur le colon droit.

E) Indications de l'extirpation.

Les indications de l'extirpation nous apparaissent comme extrêmement limitées. Si dans le cancer du rectum, le chirurgien peut, étant donné la nature du mal, élargir à l'extrême les indications générales de l'exérèse et être autorisé à toutes les audaces, dans le rétrécissement, maladie d'évolution lente et contre laquelle on est suffisamment armé pour assurer au malade une longue existence, ces tentatives apparaissent beaucoup moins légitimes. Appliqué d'ailleurs à tous les cas de rétrécissement l'extirpation aurait tôt fait de donner des résultats déplorables et de jeter un discrédit définitif sur une intervention susceptible de donner, dans des cas bien choisis, de brillants et excellents résultats. L'extirpation employée comme méthode de traitement du rétrécissement rectal n'est légitime qu'à la condition de ne s'accompagner que d'une très faible mortalité opératoire, et en deuxième lieu d'être suivie d'une continence sphinctérienne normale, sans quoi, si l'exérèse doit aboutir à un anus périnéal ou coccygien notoirement déficient, mieux vaut cent fois l'anus iliaque.

En tenant compte de l'enseignement que nous a

donné l'étude de ses résultats, l'extirpation nous paraît être la méthode à réserver aux *rétrécissements très bas situés, dans lesquels les lésions sont bien limitées en hauteur, peu étendues, avec lésions sus-sphincturales peu importantes ne remontant pas au delà de 10, 12 centimètres de l'anus, avec intégrité du sphincter, intégrité ou atteinte légère de la muqueuse du canal anal et de la région cutanéomuqueuse*. Si l'on limite les indications de l'exérèse à ces cas, d'ailleurs pas très fréquemment rencontrés, les résultats seront à peu près toujours très favorables. Si l'on s'en écarte on aura les plus grandes chances d'avoir de mauvais résultats. Si les lésions sont plus étendues, en effet, l'intervention devient beaucoup plus complexe dans son exécution, beaucoup plus aléatoire dans ses résultats immédiats et tardifs et, dans ces cas à lésions étendues, les indications de l'exérèse se poseront sur des facteurs nouveaux, parmi lesquels les conditions sociales du malade et son exigence seront peut-être les plus importants.

F) *Etudes des procédés d'extirpation.*

Il nous faut, pour pratiquer la résection d'un rétrécissement inflammatoire du rectum, des procédés qui ne s'accompagnent que d'une très faible mortalité opératoire et permettent de conserver intactes les fonctions du sphincter externe de l'anus.

La voie abdomino-périnéale est à rejeter complètement comme trop grave et hors de proportion avec la nature du mal. La voie sacrée a fait son temps.

L'opération de Kraske est grevée d'une mortalité opératoire d'au moins 15 %, l'incontinence post-opératoire est très fréquente, de même la persistance d'une fistule postérieure. Chez la femme la voie vaginale a peut-être été trop délaissée. Dans les quelques cas où elle a été employée, elle a toujours permis d'obtenir un résultat excellent et une continence parfaite; les observations de Campenon, Herzen, Vautrin, Lejars en font foi. La voie périnéale comporte de multiples procédés. Parmi ceux qui visent à la conservation de l'appareil sphinctérien, un seul nous paraît à retenir, car il laisse intacte l'innervation du sphincter et donne, au point de vue continence, d'excellents résultats : c'est le procédé de M. le Professeur Cunéo. Enfin l'exérèse du rétrécissement par les voies naturelles, pratiquée pour la première fois par Segond, est également un procédé excellent. Ce procédé, mis au point par M. le Professeur Hartmann, lui a valu bien des succès.

Le procédé que le Professeur Cunéo a décrit en 1908 dans le *Journal de Chirurgie*, comporte une technique précise, extrêmement anatomique, qui semble donner plus de facilités que l'extirpation par les voies naturelles. Elle permettra de conduire à bien avec un jour suffisant cette opération difficile qu'est l'extirpation d'un rétrécissement du rectum. Nous rappellerons brièvement les différents temps opératoires. On pourra rarement conserver intacte la muqueuse du canal anal, cette dernière étant le plus souvent altérée; aussi, le malade étant en position

périnéale inversée, le premier temps consistera à dépouiller le canal anal de son revêtement muqueux par une opération de Whithead typique, en poussant le décollement muqueux jusqu'au-dessus du sphincter. Le manchon muqueux est lié et reséqué. Le deuxième temps comporte une incision bi-ischiatique pré-anale, la pénétration dans la zone décollable vagino- ou prostatorectale et le dégagement de la face antérieure du rectum jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Le troisième temps est réservé à la libération latérale du rectum. Pour ce faire on incise l'aponévrose du releveur en dehors du bord interne du muscle que l'on isole facilement de sa gaine et, au doigt, cheminant en dehors de l'aponévrose, on libère les faces latérales du rectum et même on amorce le décollement postérieur. Pour libérer complètement le rectum en avant, il ne reste plus qu'à sectionner les lames pubo-sacro-génitales fusionnées avec le bord interne de l'aponévrose du releveur et à ouvrir le cul-de-sac de Douglas. Le quatrième temps comprend une incision postérieure commençant à 4 centimètres environ de l'anus et se terminant un peu au-dessus de l'articulation sacro-coccygienne, et la désarticulation du coccyx. La sangle des releveurs est réclinée vers l'anus. En un cinquième temps, on isole la face postérieure du rectum, le décollement étant poussé le plus haut possible et vers le promontoire, on s'efforce de décoller le péritoine pariétal au niveau de l'insertion du mésocolon sigmoïde ; ce décollement poussé très haut facilitera

beaucoup la descente de l'intestin. Il ne reste plus alors qu'à sectionner le rectum au-dessus du sphincter conservé, à l'amener dans la brèche coccygienne, à compléter l'incision péritonéale, à sectionner la corde de l'hémorroïdale supérieure, à sectionner le rectum au-dessus des lésions après fermeture du péritoine et à fixer l'intestin abaissé à la peau après l'avoir invaginé dans le canal sphinctérien. Tamponnement des plaies pré- et rétro-anales.

L'amputation intra-sphinctérienne, préconisée et mise au point par le Professeur Hartmann, est pratiquée par cet auteur de la façon suivante. Après dilatation de l'anus, incision circulaire au niveau de la ligne cutanéomuqueuse. Dissection de la muqueuse du canal anal comme dans l'opération de Whithead. Cette dissection est poussée jusqu'au bord supérieur du sphincter. Ce décollement du manchon muqueux est habituellement difficile si la muqueuse est très altérée et doit être pratiqué au bistouri. Arrivé au bord supérieur du sphincter, on va commencer par isoler le rectum de l'anneau des releveurs, et ce temps pratiqué aux ciseaux est rendu quelquefois pénible du fait de la péri-rectite. Il faut couper prudemment aux ciseaux la paroi rectale et mordre dans les releveurs. Toujours aux ciseaux, on complète la section de la paroi rectale dont on va pousser la libération à petits coups. Tant que l'on n'aura pas dépassé le rétrécissement, cette libération que l'on fera prudemment, en se maintenant contre le rectum, sera toujours difficile. Dès que l'on a

dépassé le rétrécissement, on retrouvera les clivages, et la libération et la mobilisation du rectum, qu'il faut pousser très haut, se fera alors plus facilement jusqu'au niveau du cul-de-sac péritonéal qui sera ouvert si cela est nécessaire. Le rectum est alors abaissé, sectionné et, pour être sûr de couper en muqueuse saine, Hartmann n'hésite pas à fendre le rectum en avant. Le cylindre abaissé est alors fixé à la peau de la marge de l'anus. L'intervention est complétée par la mise en place de deux drains, l'un placé en avant, l'autre en arrière de l'intestin abaissé et sortant par une contre-incision faite très postérieure au niveau d'une des fosses ischio-rectales. Cette intervention, très bénigne dans ses suites (« 25 opérations consécutives sans un seul décès », Hartmann) ne présente qu'un seul inconvénient, c'est de refouler en dehors de sa situation normale la ligne cutanéomuqueuse. Il persiste toujours un bourrelet muqueux qui suintera indéfiniment. Au point de vue continence, le résultat est excellent.

Ces deux procédés constituent les méthodes de choix pour pratiquer l'extirpation des rétrécissements du rectum. L'amputation intra-sphinctérienne n'est applicable qu'aux rétrécissements très bas situés et de faible longueur. Son application est forcément limitée. La technique de Cunéo, au contraire, permet l'exérèse quand les lésions sont un peu plus étendues. Elle donne suffisamment de jour pour permettre de parer aux difficultés surgissant au cours de l'intervention du fait d'une péri-rectite intense.

C'est que l'amputation du rectum pour rétrécissement est une intervention toujours difficile, beaucoup plus difficile que l'exérèse d'un cancer et la scléro-lipomatose péri-rectale n'est pas toujours facile à apprécier à sa juste valeur au cours de l'examen clinique. Il nous faut enfin insister sur l'importance de pratiquer un anus iliaque préalable dans la plupart des cas où l'extirpation est décidée. Cet anus permettra une préparation minutieuse du malade, préparation extrêmement importante, et d'autant plus facile à réaliser que le temps ne presse pas comme dans le cancer. Les soins post-opératoires ont également un intérêt considérable. De leur régularité, de leur minutie dépendra souvent l'excellence du résultat opératoire.

OBSERVATIONS

Les observations n^{os} I, VI et XIX se trouvent dans le texte.

OBSERVATION N^o II

(Recueillie à la consultation de M. le D^r FRIEDEL.
(Service de M. le Professeur CARNOT.)

H..., employé, 60 ans.

Le début de l'affection remonte à cinq ans.

Aucun trouble gastro-intestinal coexistant.

Il est marqué par l'apparition d'une constipation qui devient lentement et progressivement très marquée au point que le malade prend de lui-même journellement des laxatifs. Puis surviennent des douleurs, sensations de pesanteur rectale permanente avec faux besoins.

Les selles, normales au début, malgré la constipation tenace, finiront par s'accompagner d'émissions glaireuses qui les coiffent; de temps en temps même, quelques stries sanglantes. L'émission de gaz s'accompagnera d'émissions involontaires de mucosités, de glaires analogues à du blanc d'œuf. Le malade ne pourra se retenir, tachera continuellement son linge. Cette incontinence légère est apparue d'une façon assez précoce.

Il y a trois ans, va consulter à l'hôpital Péan. On découvre une fistule anale dont l'orifice aurait siégé à deux centimètres de l'anus, le trajet aurait eu six à sept

centimètres de profondeur. Cette fistule se serait, d'après les dires du malade, installée à bas bruit.

Il fut opéré : extirpation du trajet; cicatrisation extrêmement rapide.

L'intervention n'a pas enrayé la marche des troubles rectaux qui se sont accentués.

Il y a un an, court passage dans le service de M. le D^r Savariaud. Quelques séances de dilatation lente sans résultat appréciable sur la constipation.

Le malade est dirigé sur la consultation de gastro-entérologie de M. le Professeur Carnot où M. le Docteur Friedel le soigne régulièrement depuis un an : Quinby, bi-iodure de mercure, huile de paraffine. Pansements coliques au Dermatol que le malade au début ne gardait pas et qu'il retient très bien actuellement.

Grosse amélioration depuis un an. Les douleurs ont complètement disparu, aucune épreinte, plus de faux besoins. La constipation, qui était extrêmement marquée, avec matières dures, rubannées « copeaux », a cédé. Actuellement, le malade obtient une selle matinale tous les jours, parfois deux selles par jour demi-molles, exceptionnellement liquides. Précédant les matières, muco-pus, jamais de sang. Seule l'incontinence persiste. Suintement continu de muco-pus au niveau de l'anus. Les selles liquides ne peuvent être bien retenues. Bref, à l'heure actuelle, cinq ans après le début, le malade, habitué à son suintement anal, se trouve notablement amélioré et mène une existence normale.

ANTÉCÉDENTS. — Syphilis à 32 ans. Chancre méconnu. Cette syphilis n'est dépistée que six mois après son début, par suite d'accidents cutanés. Va consulter à Saint-Louis. Traité pendant trois ans au proto-iodure. Ne se fait plus soigner par la suite. Prend de lui-même à chaque saison un peu d'iodure.

Plusieurs blennorragies.

Nie toute habitudes pédérastique.

EXAMEN. — Malade grand, sec, polyscléreux; tension artérielle 19-10.

Malgré un amaigrissement de 7 à 10 kilos depuis cinq ans, assez bon état général.

Région anale : Anus infundibulaire et béant, mais la zone cutanéomuqueuse est normale, d'aspect lisse, humide, aucune végétation.

Toucher rectal : La traversée du canal anal est très facile et indolore. Elle permet d'apprécier la déficience totale du sphincter et l'insuffisance nette des releveurs. Le doigt pénètre dans l'ampoule et ne tarde pas à percevoir des modifications importantes de la paroi rectale : au fur et à mesure que le doigt progresse, on se rend compte que la paroi rectale perd sa souplesse et devient rigide. Sa surface est inégale, mamelonnée d'une façon d'ailleurs irrégulière. Les saillies perçues sont d'ailleurs très peu accentuées. Le doigt vient finalement s'encastrier dans un anneau rigide.

Le toucher rectal permet encore d'apprécier qu'il n'existe aucune induration dans les fosses iliaques ischio-rectales et que le rectum a conservé une mobilité presque normale dans le petit bassin.

RECTOSCOPIE. — Traversée facile de la région sphinctérienne, normale d'aspect. L'exploration de l'ampoule rectale montre une muqueuse vernissée, irrégulièrement tomentueuse. Les zones en saillie et d'ailleurs très faiblement exubérantes sont opalines, blanchâtres, rosées par places. Elles forment par endroit des colonnes irrégulières, d'autant mieux marquées que l'on explore plus haut dans l'ampoule. Entre ces légères surélévations blanchâtres, la muqueuse est rosée. L'insufflation légère

montre que cette partie inférieure de l'ampoule n'a pas perdu toute sa souplesse. A six centimètres de l'an us environ, le rectoscope qui tend les parois rectales permet de découvrir un anneau d'environ 15 millimètres de diamètre présentant comme un diaphragme, anneau irrégulièrement bordé de saillies plus arrondies et également opalines, quelques-unes finement vascularisées. Cet anneau ne se modifie pas par l'insufflation. Eclairant cet anneau, on aperçoit un canal rétréci, haut d'environ trois centimètres; sa paroi est irrégulière, formée de bourgeons gros comme un grain de blé, rosés, quelques-uns blanchâtres; aucun n'est friable. Il s'agit d'un rétrécissement canaliculaire que l'on ne peut franchir avec le tube dont on dispose. En aucun point, on ne découvre de zone saignante, d'ulcérations. Aucune friabilité. Le muco-pus vient de la région sus-stricturale. Les lésions de la muqueuse sont des lésions sèches.

OBSERVATION N° III

(Recueillie à la consultation de M. le D^r FRIEDEL.

(Service de M. le Professeur CARNOT.)

P... Louis, peintre en bâtiment, 68 ans.

Le début de l'affection remonte à dix ans.

ANTÉCÉDENTS. — Syphilis acquise à 22 ans.

Traité à l'hôpital du Midi, par le Docteur Simonnet, pendant six semaines par pilules de sublimé et bains de sublimé. Guérit d'un chancre et d'une roséole. Ne se soigne plus ensuite. Entre 20 et 30 ans, quatre chaudes-pisses que le malade soigne lui-même par opiat et injections de Paterson.

Fièvre typhoïde dans l'enfance; n'a jamais eu d'autres accidents spécifiques que chancre et roséole.

Nie la pédérastie.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Il y a dix ans, « travaillant chez un fleuriste, fait une chute sur le fondement et dans les jours qui suivent, perd du pus par l'anús et souffre de la région anale ».

Va consulter à l'hôpital Lariboisière où on lui fait dix piqûres d'hectine. Repos dix jours et nouvelle série. A la suite de ce traitement, le malade ne se sera plus soigné qu'en 1923. Pendant cette longue période, une seule chose l'obsède, c'est une constipation opiniâtre qu'il cherche à vaincre de lui-même. Suivant le conseil d'un ami, il entreprend de se dilater avec des tubes de verre fermés d'un bout, le plus gros de trois centimètres et demi de diamètre. Ces dilatations étaient douloureuses, faisaient saigner, mais rendaient le passage libre aux matières dont le malade favorise l'issue par des laxatifs journaliers : Sedlitz, séné, ricin. Les dilatations étaient répétées trois fois par semaine.

En 1923, gêné de plus en plus, va consulter à Lariboisière et notre collègue Lebée, dans le service de son maître Gandy, commence un traitement au Quinby et lui conseille d'aller consulter dans le service du Professeur Carnot. Le malade patiente encore un an et ne vient à Beaujon que le 20 juin 1924.

Notons que, depuis dix ans que l'affection évolue, le malade a mené une existence normale et n'a jamais interrompu son travail.

Actuellement, la constipation serait extrêmement marquée si le malade ne prenait des purges tous les jours. Grâce à cela, il obtient journellement une ou plusieurs selles molles, souvent très liquides.

Les matières ne sont qu'exceptionnellement moulées et dures. Dans ce cas, ce sont des petites boulettes « chipolata ». Ne saigne par l'anús que s'il se dilate. Après chaque selle, très léger écoulement glaireux ou mucopurulent. Dans l'intervalle des selles, écoulement continu

par l'anus de mucosités analogues à du blanc d'œuf obligeant le malade à se garnir. Incontinence légère. Pas de douleurs vives dans la région anale au moment de la défécation. Epreuve simplement une pesanteur rectale avec fréquentes envies et faux besoins. Aucun signe d'obstruction intestinale.

EXAMEN. — Assez bon état général, sujet maigre, à peau flasque et sèche, grosses varices au membre inférieur droit. Aucun signe de spécificité nerveuse ou cardiaque; réflexes tendineux, oculaires normaux. Poux : signe de bronchite chronique et emphysème.

Région anale : Anus infundibuliforme, infundibulum très vaste et béant. Léger suintement. Aucune végétation. La zone cutanéomuqueuse est lisse et brillante après avoir déplissé les plis radiés. Le doigt pénètre sans provoquer la moindre douleur dans le canal anal; ne perçoit aucune contraction du sphincter qui semble absolument inexistant. Par contre, le releveur se contracte très bien. Le doigt explore la partie toute inférieure de l'ampoule. La muqueuse est épaissie. Les bandes d'épaississement sont irrégulières, tomentueuses, faiblement saillantes; par endroits, impression de zones granuleuses, râpeuses, sèches. Le volume des granulations perçues est peu considérable : grain de blé. Le toucher est absolument indolore. La muqueuse a perdu son élasticité, mais l'ensemble de la paroi rectale est mobile sur les plans profonds. Le doigt bute en essayant de progresser contre une zone plus ferme : anneau fibreux dans lequel l'index finit par s'engager.

RECTOSCOPIE. — Introduction facile du tube. La partie toute inférieure de l'ampoule présente une muqueuse très modifiée; on note des traînées enchevêtrées, irrégulières, faiblement saillantes, d'aspect blanchâtre porce-

lainé, vernissé. Par places, de petites zones ecchymotiques, mais non friables et ne saignant pas au contact. Ces traînées sont mamelonnées et dans leur intervalle, muqueuse d'aspect rosé. L'insufflation légère permet de se rendre compte que la paroi rectale conserve une certaine souplesse. Très rapidement, à quatre centimètres environ de l'anūs, on a l'image suivante : un orifice béant, irrégulier, assez large pour permettre tout à l'heure l'introduction d'un petit tube; cet orifice est bordé de mamelons très irréguliers, opalins, vernissés, quelques-uns rosés, très vascularisés. Aucun n'est friable; c'est l'orifice inférieur d'un canal rétréci que l'on franchit avec un petit tube. On s'engage alors dans un canal irrégulier à surface grenue rougeâtre. Cette exploration est douloureuse et on ne poursuit pas plus haut. En aucun point, nous n'avons noté d'ulcération, de zone friable.

RADIOGRAPHIE. — Après lavement à la gélobarine, le rétrécissement apparaît nettement : le calibre du rectum est diminué sur une hauteur d'environ sept centimètres à partir de la jonction sphinctéro-ampullaire. Au-dessus de la zone stricturée, rectum de calibre normal. L'anse sigmoïde paraît légèrement dilatée (Voir planche V).

OBSERVATION N° IV

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur SAVARIAUD,
dans le service duquel nous l'avons recueillie.)

Mademoiselle S..., 54 ans,

Entrée à l'hôpital Beaujeon, salle Laugier, en juillet 1924, pour fracture de jambe. Au cours de son séjour, la malade attire l'attention sur quelques troubles de la défécation qui font découvrir l'existence d'un rétrécis-



PLANCHE V

Radiographie après lavement à la gélobatine, montrant nettement l'étendue de la sténose (Obs. III).

sement du rectum. Sans cette immobilisation forcée, du fait de sa fracture, elle ne se serait pas plainte. Les troubles fonctionnels qu'elle accuse sont en effet si légers que jamais elle n'a eu l'idée de consulter un médecin.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — La date du début est très imprécise; la malade n'ayant jamais souffert fait remonter approximativement ce début à deux ans. Constipée habituellement depuis fort longtemps, elle s'aperçoit un jour de la présence du sang dans ses selles. Ce fait ne l'inquiète guère, d'autant que ses matières sont normales d'aspect. La malade prend fréquemment des laxatifs, des lavements, de petites purges dans le but d'obtenir des selles régulières. Les émissions sanguines se répètent à intervalles variables. Au bout d'un certain temps elle remarque la présence de glaires, parfois sanglants. Ses selles se modifient progressivement et, à l'heure actuelle, elle émet par jour une ou deux selles liquides avec glaires et pus. Aucun suintement anal dans l'intervalle des selles. La défécation n'est pas douloureuse. Jamais la malade n'a éprouvé la moindre douleur. Depuis quelque temps cependant, on note quelques fausses envies aboutissant à l'émission de quelques glaires, parfois un peu de sang.

ANTÉCÉDENTS. — Sujette à des crises fréquentes de rhumatismes. Rien d'autre à signaler sauf côté intestinal. A toujours été constipée depuis son enfance, sa constipation l'obligeant à prendre fréquemment des laxatifs. Aucun antécédent génital. Pas de métrite, aucune leucorrhée. Jamais de grossesse. Il est impossible de découvrir le moindre stigmate de syphilis héréditaire ou acquise par l'interrogatoire ou l'examen le plus minutieux. Cependant Wassermann positif. En 1914, aurait eu un bubon de l'aîne gauche; guérison rapide.

EXAMEN. — Femme présentant un embonpoint assez notable, se présentant surtout comme très anémiée. A toujours été du fait de ses rhumatismes, dit la malade, sensible à la moindre fatigue. Elle est fréquemment obligée d'interrompre son travail mais son état général ne s'est pas particulièrement aggravé depuis deux ans.

La région anale est tout à fait normale d'aspect; on note toutefois, après avoir déplié les plis radiés, une très légère béance.

Le toucher rectal est absolument indolore. La muqueuse du canal anal est souple et normale. Le doigt apprécie une diminution marquée de la contractilité sphinctérienne. L'index explore alors la partie inférieure de l'ampoule. A ce niveau, la muqueuse semble avoir perdu sa souplesse, est rugueuse au toucher, semble épaissie, râpeuse, granulée; à 4 centimètres $\frac{1}{2}$ de l'anus, le doigt bute sur un diaphragme scléreux et rigide admettant juste l'extrémité de l'index. Un lavement bismuthé montre au-dessus de ce point un trajet canaliculaire rétréci ayant 5 centimètres de hauteur. Au-dessus, l'ampoule est normale et ne paraît pas dilatée. Une rectoscopie est faite par M. Friedel qui constate une image typique de rétrécissement dit syphilitique du rectum. Sur son conseil, la malade se décide à être opérée. L'opération proposée par M. Savariaud consistera en une résection du trajet canaliculaire avec abaissement du bout supérieur et conservation du sphincter.

INTERVENTION (M. le Docteur Savariaud, 22 juillet 1924). — Amputation par voie périnéale avec conservation du sphincter.

« L'opération est faite beaucoup moins facilement qu'on ne l'espérait, à cause de la sclérose et des adhérences très serrées qui fixaient le rectum aux parties voisines et supprimaient tous les espaces décollables. Il

a fallu sacrifier la muqueuse anale, renoncer à supprimer toute la partie rétrécie de l'intestin. Avec les plus grandes difficultés, on a réussi à enlever 12 centimètres de rectum. La coupe du bout supérieur s'est faite en plein trajet rétréci. Nombreuses pinces à demeure. Fixation sommaire de l'intestin au niveau de l'ancien anus; on a tamponné tout l'espace en arrière de lui avec un Mickulicz.

Opération longue, pénible pour l'opérateur et la patiente. Hémostasie difficile. Artères scléreuses difficiles à lier dans la gangue scléro-graisseuse. »

PIÈCE OPÉRATOIRE. — La portion du rectum enlevée a une longueur de 12 centimètres.

Examen macroscopique : Ce qui frappe au premier examen, c'est l'importance de la gangue péri-rectale. Il existe en effet autour de la portion ampullaire et plus particulièrement autour des pédicules vasculaires hémorroïdaux moyens et supérieurs une péri-rectite sclérolipomateuse extrêmement importante. A la coupe, cette graisse chroniquement enflammée et fortement bridée par d'épais tractus fibreux blanchâtres. Plusieurs petits abcès noyés au milieu des parties plus denses et d'aspect lardacé sont ouverts. Cette gangue sclérolipomateuse adhère intimement aux parois rectales dont elle est difficilement dissociable. Le rectum est fendu et la paroi étalée.

Parois : Au niveau du canal rétréci, la paroi est dure et crie sous le couteau. La région anale est d'aspect normal. La paroi commence à s'épaissir à 1 centimètre environ de l'anus pour atteindre 3 millimètres environ au niveau du canal rétréci. La tranche de section du rétrécissement présente dans l'ensemble un aspect blanchâtre lardacé. Il y a fusion entre toutes les tuniques rectales.

La dissection des différents éléments constitutifs de la paroi est impossible. A y regarder de plus près on reconnaît cependant et avec assez de netteté la muqueuse peu épaisse, la sous-muqueuse très épaisse fusionnée avec la musculuse. A la limite de ces deux segments, présentant le même aspect blanchâtre, finement striées horizontalement, traînées longitudinales d'aspect grisâtre. L'épaississement porte donc presque en entier sur la sous-muqueuse.

Muqueuse : Région anale, aspect normal. A 4 centimètres de l'anus, modification. Aspect de langue de chat, la muqueuse est hérissée de toutes petites saillies donnant au doigt une impression de râpe. Plus on s'éloigne de l'anus; plus l'on remonte dans le canal rétréci, plus la muqueuse est macroscopiquement modifiée. Les saillies minuscules semblent confluer, s'étalent pour donner à la muqueuse un aspect tomentueux, cannelé par places. En aucun point du canal rétréci on ne note d'ulcérations.

Un fragment est prélevé à la partie supérieure de la pièce, donc en plein canal rétréci, l'amputation rectale étant faite à deux centimètres environ au-dessous de la limite supérieure du rétrécissement.

L'examen microscopique a été fait par notre collègue et ami René Huguenin.

« Le fragment prélevé intéresse toute l'épaisseur du viscère. De prime abord, il est une double constatation intéressante. C'est : 1° l'existence d'une bande scléreuse directement appliquée sous le chorion; 2° l'épaisseur de la sous-muqueuse qui est juste le double de la musculuse. Cette sous-muqueuse est constituée par une épaisse couche scléro-lipomateuse. La musculuse ne présente pas grande lésion si ce n'est de ci de là, en particulier au niveau de l'espace celluleux qui sépare les deux couches circulaires et longitudinales, quelques nodules inflammatoires.

toires banaux dont l'infiltration cellulaire est uniquement lymphocytaire.

A l'opposé, l'épithélium de revêtement a presque complètement disparu et l'on ne voit plus guère que les culs-de-sacs glandulaires encore tapissés de leurs cellules épithéliales bourrées de mucus. De place en place, il existe encore des traînées d'épithélium de revêtement, mais il semble bien que l'absence de cet épithélium dans la plus grande étendue du fragment soit un pur artéfact et ne ressortisse nullement de plusieurs ulcérations adjacentes. La disparition de l'épithélium est brusque; il n'y a pas en surface de couche fibromoïde ou nécrotique et l'état du chorion est absolument identique dans les zones revêtues d'épithélium et dans celles où il est absent.

Ce chorion est extrêmement inflammatoire. Les capillaires y sont nombreux, dilatés, gorgés de globules, et alentour existe une infiltration diapédétique, tantôt diffuse, tantôt organisée en îlots purement lymphocytaires.

Immédiatement au-dessous, la zone qui devrait répondre à la muscularis mucosae est constituée par une bande scléreuse, richement collagène, déjà constituée par des éléments conjonctifs adultes, mais on retrouve encore en certains points quelques fibres musculaires, vestiges sans doute de cette muscularis mucosae. En certains points, cette bande scléreuse est très épaisse, plus que le chorion lui-même; en d'autres, elle est plus lâche et parfois dissociée par des éléments inflammatoires. A ce niveau on retrouve des éléments conjonctifs plus jeunes et peut-être pourrait-on concevoir que là la réaction inflammatoire est encore subaiguë, la sclérose seulement au début de son organisation.

Quant à la sous-muqueuse sous-jacente si épaisse, elle est constituée par un tissu extrêmement lâche, larges mailles graisseuses qui séparent la bande scléreuse et la musculieuse.

Dans un angle de ces larges mailles, dont les parois minces sont souvent éclatées, on retrouve une petite masse protoplasmique nucléée. En de nombreux points, et de façon fort irrégulière, l'homogénéité de cette nappe graisseuse est rompue par l'existence de larges travées scléreuses richement collagènes ou bien par de petits îlots de lymphocytes, de cellules conjonctives jeunes entourant un vaisseau dilaté.

Il semble bien que cette zone aussi soit le vestige du processus inflammatoire, dont on retrouve des traces évolutives. Cette scléro-lipomatose sous-muqueuse se retrouve d'ailleurs fréquemment au niveau de zones d'inflammation chronique du tractus intestinal.

SUITES OPÉRATOIRES. — Ne furent pas simples. Fièvre élevée, mauvais état général, état de shock durant plusieurs jours. Ablation des pinces à demeure au bout de 48 heures, des mèches au 5^e jour. L'état général restera longtemps précaire; la température ne redeviendra normale que très progressivement. Localement les fils fixant le rectum abaissé à l'anus ont coupé, une importante suppuration s'établit. A la fin d'octobre, la plaie rétro-anale est loin d'être complètement cicatrisée; l'état général n'est pas très brillant. Il y a incontinence complète pour les matières et les gaz. Au rétrécissement pathologique du rectum s'adjoint une sténose cicatricielle par remontée légère du segment abaissé. A la fin novembre, amélioration de l'état général et local. L'incontinence n'existe plus que pour les matières liquides. Il existe une petite plaie rétro-anale à épidermiser.

OBSERVATION N° V

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur F. MOUTIER.)

Monsieur Y..., 56 ans.

Syphilis contractée à l'âge de 20 ans. Roséole, plaques

muqueuses, anales et buccales. Siège du chancre initial inconnu. Soigné très irrégulièrement. Wassermann H 5 à l'heure actuelle.

Suintement glaireux, quelquefois strié de sang, depuis 10 ans, avec ténésme de plus en plus prononcé. Récemment le malade est obligé de se garnir, présentant des fuites de matières délayées de glaires. Le malade prend par jour plusieurs petits lavements émollients pour se calmer; néanmoins, il souffre beaucoup et se cachectise au point que l'on a redouté un développement néoplasique.

RECTOSCOPIE. — Pénétration facile de l'ampoule, puis cheminement difficile jusqu'au sphincter sigmoïdien. A ce niveau le calibre rectal est tellement rétréci, la progression du tube tellement douloureuse que l'on ne peut aller plus loin. On a l'impression visuelle et tactile d'une sclérose hypertrophique épaississant le tube intestinal et le rendant rigide. Les plis de la muqueuse sont hypertrophiés; muqueuse ici nacrée, là tomentueuse et saignante. On voit des vallonnements et des soulèvements en chaîne de montagne. Nulle part il n'y a d'ulcération vraie. Une biopsie montre une congestion violente de la muqueuse avec infiltration lymphoïde en nappe. Réaction conjonctive très marquée dans la sous-muqueuse avec nombreux plasmocytes. Sclérose hypertrophique. Artérite intense. Il n'y a ni formation gommeuse ni carcinomatose.

Dans ce cas, l'anus et les tissus cutanéomuqueux marginaux étaient intacts. Mort de cachexie progressive avec broncho-pneumonie terminale.

OBSERVATION N° VII

(Recueillie à la consultation de M. le D^r FRIEDEL.

(Service de M. le Professeur CARNOT.)

Monsieur B..., 30 ans, tourneur sur métaux.

Le début remonte à 8 ans.

En 1916, étant mobilisé, apparition progressive d'un syndrome dysentérique; selles très fréquentes accompagnées de ténésme, d'épreintes, matières très liquides, avec glaires et filaments de sang. Soigné par bismuth, élixir parégorique, eau-de-vie allemande. Ce syndrome s'accompagne de température élevée. Pas de troubles articulaires, ni oculaires. Pas d'autres cas de dysenterie autour de lui. Les symptômes présentés par le malade s'amendent.

En 1917, hospitalisé au Havre pour « douleurs intercostales et névralgies lombaires ». En réalité, était atteint à ce moment de diarrhée chronique (selles liquides, ne contenant ni pus ni glaires) accompagnée de douleurs abdominales et de douleurs dans les flancs, qualifiées intercostales. Sort de l'hôpital après un court séjour. Les phénomènes intestinaux s'amendent ensuite progressivement.

En 1919, rentre en usine. Ses fonctions intestinales se sont régularisées et se maintiennent à peu près normales jusqu'à la fin de l'année. Le malade présente alors à nouveau la diarrhée avec quelques glaires, des douleurs abdominales. Il va consulter un médecin qui le soigne pour le foie.

De 1919 à 1923, alternatives de périodes pendant lesquelles les selles sont tout à fait normales, sans constipation et périodes de diarrhée chronique. Ces dernières diminuent d'ailleurs d'importance.

En janvier 1924, aggravation notable et subite. Douleurs abdominales vives, épreintes, ténésme, diarrhée abondante avec selles muco-sanglantes. Le malade est adressé à M. le Docteur J. Dumont qui met en œuvre une thérapeutique antidysentérique.

Stovarsol : aucun résultat si ce n'est troubles gastriques.

Injections sous-cutanées de chlorhydrate d'émétine : ont soulagé le malade momentanément. Le traitement est interrompu par suite de l'apparition d'abcès.

Lavements au nitrate : le malade ne peut les conserver plus de cinq minutes.

Lavements au sublimé.

Examen des matières fécales (M. le Doct^r Dumont) : Fèces normales avec mucus sanguinolent.

Examen du mucus : Nombreuses hématies; nombreux polynucléaires. Cellules intestinales; pas de kystes d'infusoires ni de protozoaires adultes; kystes d'amœba dysenteriae.

Examen des matières : absence de kystes.

M. le Docteur Dumont adresse le malade à la consultation de gastro-entérologie de Beaujon.

Actuellement :

Le matin à jeun. « se sent vide » ; une selle suit presque immédiatement l'ingestion d'une tasse de café; selle peu abondante, muco-pus et matières. Pas de sang sauf une fois par semaines environ.

Déjeune à 9 heures : jambon, pain, eau de Vittel. Dans la matinée, envies impérieuses aboutissant à l'émission d'une selle abondante. Midi, repas copieux, viande grillée, purées. Pas de selle l'après-midi, quelques épreintes. Dîner : même régime qu'à midi, pas de selle la nuit. Le malade ne présente aucun suintement anal, aucune incontinence.

Actuellement traité par lavement d'agar-agar avec

dermatol; quelquefois a peine à le retenir. S'il peut garder ce pansement colique toute la nuit, grande amélioration pendant quelques jours.

ANTÉCÉDENTS. — Pas de blennorragie.

Aucun antécédent syphilitique; réaction de Bordet-Wassermann antigène. Foie hérédo-syphilitique; sérum chauffé à 56°. Réaction négative totale.

Réaction de Bauer, sérum non chauffé, antigène; foie hérédo-syphilitique. Réaction très faiblement positive.

Ces réactions ont été pratiquées 72 heures après une injection intra-veineuse de 0 gr. 12 de sulfarsénol.

Le malade est marié et possède un enfant de sept ans bien portant et sans signes d'hérédo. Wassermann de l'enfant négatif; Wassermann de la mère négatif.

EXAMEN. — Sujet robuste, vigoureux, à teint coloré, apparence extérieure de sujet en parfaite santé.

Anus : Aspect tout à fait normal.

Toucher rectal : Introduction difficile et très douloureuse de l'index. Ce dernier apprécie la force de la contraction sphinctérienne et des releveurs. Ces derniers se contractent admirablement. Le doigt pénètre dans l'ampoule qui est vide. La muqueuse rectale ne présente aucune modification. Partout elle est souple, mobile. A bout de doigt on ne sent rien, même en faisant pousser le malade ou en pratiquant le toucher rectal dans différentes positions. Après le toucher, le malade souffre violemment au niveau de l'anus.

Rectoscopie : Beaucoup moins douloureuse que le toucher. Le rectoscope franchit facilement le canal anal et pénètre dans l'ampoule. Celle-ci se présente avec une muqueuse tout à fait normale, souple, ainsi que l'on peut s'en rendre compte à l'insufflation légère.

A 10 centimètres de l'anus, on découvre un rétrécissement.

Vu de face, l'orifice inférieur paraît mesurer environ 15 millimètres de diamètre. Cet orifice est assez régulièrement circulaire. La muqueuse à son niveau est très altérée. Elle est tomentueuse, hérissée de petits mamelons de la grosseur d'une lentille, rougeâtres à leur périphérie, blanchâtres vernissés à leur partie saillante. Les petits mamelons confluent dans la partie gauche où ils font saillie appréciable dans la lumière du rétrécissement. A ce niveau, ils sont plus marqués, nettement rougeâtres et ressemblent à des bourgeons charnus revêtus de mucus. Ils ne sont nullement friables, ne saignent pas au contact avec le porte-coton. A la partie inférieure, au-dessous de l'orifice, tache ecchymotique, érosion saignante. Retirant légèrement le rectoscope, on retrouve la muqueuse rectale saine. Les altérations signalées sont donc limitées et précèdent à peine d'un centimètre l'entrée du canal rétréci. Ce dernier est facile à explorer : il est de forme assez régulièrement cylindrique, haut d'environ deux centimètres, à parois granuleuses, rougeâtres, non friables.

OBSERVATION N° VIII

(Recueillie à la consultation de M. le D^r FRIEDEL.
(Service de M. le Professeur CARNOT.)

Madame L..., 37 ans, employée aux Tabacs.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le début remonte à 1911. A la suite d'un coït anal ayant provoqué de vives douleurs et une petite hémorragie, apparition de signes de rectite avec écoulement muco-sanguinolent par l'anus. Va consulter à l'hôpital Lariboisière. Le médecin qui l'examine l'adresse à M. le Docteur Friedel qui pratique une rectoscopie, découvre des ulcérations rectales, et la traite

par des attouchements locaux à l'alcool et des pansements coliques. En 1913, se marie. La malade est atteinte à ce moment de diarrhée chronique avec émission de glaires et de sang par l'anus. Ténésme rectal, épreintes, envies fréquentes avec émission seulement de quelques glaires. Aurait remarqué dans ses selles des fragments solides rougeâtres analogues à du « foie ». Son état général n'est pas brillant. Elle va consulter à Boucicaut où on l'hospitalise. Elle présente de gros condylomes au niveau de l'anus. On lui propose une opération. Elle quitte l'hôpital et retourne à la consultation du Docteur Friedel. Ce dernier reprend le traitement local qui améliore la malade dont l'état général se remonte.

En 1914, même état; légère amélioration en ce qui concerne les douleurs; la tension rectale est beaucoup moins accentuée.

De 1914 à 1919, se soigne elle-même par des lavages rectaux à l'eau oxygénée, à l'alcool camphré dilué. Son état reste à peu près stationnaire. Les écoulements de glaires, de mucosités, de sang ont diminué et lui permettent de travailler. Il faut noter toutefois pendant cette période l'installation progressive d'une incontinence légère pour les matières liquides.

En 1919, le Docteur Friedel revoit la malade et reprend les soins.

De 1919 à 1922, à la diarrhée chronique va faire place une constipation de plus en plus marquée. Elle reste 3 à 4 jours sans aller à la selle, un état nauséux avec ballonnement du ventre s'installe. Les laxatifs et purges provoquent des débâcles liquides extrêmement abondantes mais sont insuffisants à lutter contre cette obstruction chronique. La malade est très amaigrie, déprimée. On décide une intervention d'autant mieux qu'apparaît un phlegmon de la fosse ischio-rectale droite. La malade est opérée dans le service du Docteur Michon.

le 14 juillet 1922. Incision du phlegmon de la fosse ischio-rectale. Etablissement d'un anus iliaque gauche par le procédé de la baguette de verre après dissociation musculaire.

Après l'intervention, la malade s'améliore rapidement et sort de l'hôpital. De 1922 à 1924, elle voit les phénomènes de la rectite s'amender sous l'influence de la simple dérivation des matières. Accoutumée rapidement à son anus iliaque, elle mène une existence normale. Actuellement son état général est très amélioré. Elle a retrouvé son teint et son poids. Au moyen de petits lavements pris le matin, elle est parvenue à régler ses selles et ne se plaint nullement de son anus dont le fonctionnement la satisfait pleinement. Elle va à la selle matin et soir. Dans l'intervalle des selles, et non journellement, quelques mucosités sortent par l'orifice supérieur du bout inférieur. Elle ne porte pas d'appareil, une compresse sur son anus, une ceinture abdominale et c'est tout. Ne se souille dans la journée que si elle fait des excès de table.

Depuis l'établissement de son anus iliaque, elle a vu diminuer, presque disparaître les phénomènes rectaux. Actuellement elle a de temps en temps quelques faux besoins provoquant l'émission de quelques glaires et d'un peu de pus; parfois, tout à fait exceptionnellement, une mucosité sanglante. Elle ne souffre plus du tout la nuit.

EXAMEN. — Excellent état général.

Abdomen : L'anus iliaque est en très bon état, la muqueuse intestinale peu exubérante. La peau qui l'entoure n'est nullement altérée. La malade, très soigneuse, se nettoie matin et soir et enduit le pourtour de l'anus de vaseline à l'oxyde de zinc.

Organes génitaux : Région vulvaire, vagin, rien de particulier à noter. Au spéculum, métrite glaireuse sans



PLANCHE VI

Lavement à la gélobarine par l'orifice inférieur de l'anus iliaque (Ob. n° VIII) montrant nettement l'importance de la sténose et l'état d'atrésie du sigmoïde particulièrement long.

ulcérations. Toucher : utérus en place; mobile, rien dans le cul-de-sac droit. Le cul-de-sac gauche est légèrement empâté et douloureux ainsi que le Douglas.

Région anale : Présente du côté gauche, à 2 centimètres de la ligne ano-cutanée, une cicatrice blanchâtre, brillante, résultant de l'ouverture du phlegmon de la fosse ischio-rectale. A l'extrémité supérieure de cette cicatrice, orifice blanchâtre punctiforme d'une fistule sèche ne laissant s'écouler qu'une goutte de sérosité de temps en temps. Cette fistule s'ouvre à l'intérieur dans le rectum. Ayant injecté du bismuth en vue d'une radiographie par l'ouverture de l'anus iliaque, un peu de bismuth suintait par l'orifice cutané de la fistule. La région anale proprement dite ne montre rien à droite; dépliant les plis radiés la muqueuse apparaît normale. A gauche, au contraire, la muqueuse anale se boursoufle par des masses implantées suivant les plis radiés, masses flasques faiblement rosées donnant l'impression de condylomes flétris. Ces végétations donnent au palper l'impression de masse élastique au centre de laquelle on perçoit un nodule plus ferme de la grosseur d'un pois. Semblent être le reliquat de condylomes très volumineux présentés en 1913 par la malade.

Toucher rectal : Le sphincter se contracte bien, traversée très douloureuse. Aussitôt franchi, le doigt bute sur une zone très dure : le rétrécissement.

Rectoscopie : Le tube traverse avec difficulté la région sphinctérienne et aussitôt (3 centimètres de l'extérieur) apparaît l'orifice inférieur du rétrécissement. Ce dernier se présente comme un diaphragme d'appareil photographique avec un orifice petit admettant juste une sonde urétrale n° 10. Cet orifice est décalé à droite. Il est circonscrit par l'extrémité d'une série de larges plis qui en partent en rayonnant régulièrement. Ces plis forment des bandes blanchâtres opalines mamelonnées par places

très irrégulières. En aucun point on ne constate d'ulcérations.

Radiographie : Montre nettement que le rétrécissement comprend toute la hauteur du rectum. La lumière du rétrécissement est minime aux deux extrémités de l'ampoule, une portion intermédiaire beaucoup moins rétrécie. Le segment le plus rétréci est la jonction recto-sigmoïdienne. Quant au sigmoïde, mis au repos par l'anus iliaque, il a subi une atrésie notable (Voir planche VI).

ANTÉCÉDENTS. — N'a jamais été malade.

Un frère tuberculeux décédé à 34 ans. Un frère réformé pour mal de Pott; sept autres frères et sœurs bien portants. On ne retrouve aucun antécédent syphilitique chez cette malade; n'a jamais présenté aucun accident; Wassermann négatif. Pas d'enfant; pas de fausse-couche.

Son mari est nettement syphilitique. Chancre certain. S'est d'ailleurs fait traiter assez régulièrement.

Blennorragie certaine en 1911.

OBSERVATION N° IX

(Recueillie à la consultation de M. le D^r FRIEDEL.

(Service de M. le Professeur CARNOT.)

Observation prise en juillet 1924.

Madame P..., 33 ans, coiffeur.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le début remonte à septembre 1921. L'attention de la malade est attirée par constipation, émissions sanguines par l'anus au niveau duquel elle présente de petites tumeurs. Toujours constipée, elle voit en effet cette constipation s'accroître. Grosse difficulté pour obtenir des selles malgré lavements et

laxatifs. Hémorragie anale survenant après les selles, sang rouge coiffant les matières qui étaient normales. Aucun suintement ni écoulement anormal par l'anús. Aucune douleur, aucune épreinte. En novembre, apparition d'un bubon à l'aíne gauche nécessitant son admission à l'hôpital Beaujon, service du Docteur Souligoux. On découvre des lésions ano-rectales. Le bubon est incisé, guérit rapidement et la malade est dirigée en décembre sur l'hôpital Saint-Louis. Examinée à Saint-Louis, une réaction de Wassermann étant positive, on institue un traitement avec néosalvarsan; une seule série est pratiquée, la malade n'ayant constaté aucune amélioration néglige de se faire soigner jusqu'en août. Les troubles de la défécation sont restés sans changement.

En août 1922, est aiguillée sur Cochin. Prise de sang. Wassermann positif; on met la malade en traitement; une série néo, une série bismuth. Localement la malade se faisait elle-même des lavages au permanganate. La série de bismuth se termine en janvier 1923. Aucune amélioration n'est constatée à la suite de ce traitement antisyphilitique. En janvier 1923, va consulter dans un dispensaire de la rue Ordener. Wassermann négatif. Malgré cela, trois piqûres de néo, 0,15, 0,30, 0,65. Sur le conseil d'un voisin, va consulter le Docteur Bensaude à l'hôpital Saint-Antoine. Rectoscopie; elle est dirigée sur Saint-Louis où elle est traitée par rayons ultra-violets jusqu'en juillet 1923. Aucune amélioration.

Depuis le début des accidents, la symptomatologie a changé. La constipation persiste ainsi que les hémorragies rectales, mais en plus apparition d'écoulements anormaux par l'anús : glaires, muco-pus, parfois mucosités sanglantes enrobant les matières rubannées. Commence à souffrir au début de 1923. Prurit anal. Poussées, faux besoins fréquents aboutissant seulement à l'évacuation de quelques glaires. Une incontinence légère s'ins-



PLANCHE VI!

Région anale de la malade de l'observation n° IX montrant l'infiltration de la zone sphinctérienne et un bouquet coudy lomateux type.

talle. Suintement continu par l'anus; la malade est obligée de se garnir.

En août 1923, vient à la consultation de chirurgie de Beaujon. La malade est fatiguée, amaigrie, anémiée, très déprimée, sujette aux étourdissements. Très constipée, n'obtient qu'au prix de nombreux laxatifs une selle tous les deux jours. Ecoulement continu de muco-pus et de sang par l'anus incontinent. Douleurs très accentuées: faux besoins continuels. La malade épuisée demande qu'on lui fasse quelque chose. Un anus iliaque proposé par M. le Docteur Cauchoux est accepté et l'intervention a lieu dans le service du Docteur Savariaud où la malade entre le 10 août 1923. Reste à l'hôpital d'août en octobre. A cette date, M. le Docteur Savariaud confie la malade au Docteur Friedel. Ce dernier fait journellement jusqu'en janvier 1924 des pansements recto-coliques au dermatol et en même temps série de Quinby.

L'anus iliaque gauche a eu une influence heureuse sur l'état général de la malade qui reprend du poids et ses forces; une selle, deux maximum sont journellement obtenues sans laxatif, mais localement aucune amélioration malgré lavages du bout inférieur à l'eau iodée et les lavages recto-coliques journaliers. Les écoulement anormaux n'ont pas diminué, au contraire. Encore beaucoup d'épreintes, surtout l'après-midi et la nuit où la malade se réveille 4 à 5 fois. Chaque faux besoin est suivi de l'émission abondante de pus et de sang. Dans l'intervalle de crises douloureuses, écoulement continu par l'anus. C'est avec ces troubles fonctionnels que se présente la malade en juillet 1924.

EXAMEN. — Femme pâle, anémiée, mais ayant assez bon état général. Mène une vie active. L'anus iliaque est remarquablement toléré et bien qu'ayant été exécuté par un procédé simple est relativement continent; une selle le

matin vers 7 heures, parfois une 2^e le soir. Dans l'intervalle des selles, la malade déclare qu'elle pourrait fort bien se passer d'appareil.

Examen négatif au point de vue bacillaire.

Radioscopie pulmonaire ne montre aucune lésion.

Examen région anale : La région anale est le siège d'une série de végétations fermes, rosées, non saignantes, s'implantant sur toute la zone cutanéo-muqueuse. Ces végétations réalisent un bouquet condylomateux type. Certaines ont le volume d'une noix. Ces saillies s'implantent par une large base sur les plis radiés de l'anus. Fait particulier : en écartant les saillies pour compléter l'exploration de l'anus, on note une béance anormale de ce dernier qui ne revient pas sur lui-même. Il semble y avoir déficience complète du sphincter et, de fait, au toucher aucune contraction sphinctérienne n'est perçue. C'est à peine si l'on perçoit une contraction légère des releveurs.

Toucher rectal : Montre une muqueuse qui a gardé sa souplesse; en aucun point le doigt qui explore n'a l'impression de rigidité rectale. La muqueuse souple est parsemée de saillies de consistance ferme, même consistance que les végétations constatées extérieurement. Ces saillies sont irrégulièrement disposées et diminuent d'importance et de nombre au fur et à mesure qu'on pénètre plus avant dans l'ampoule.

Rectoscopie : Aspect blanchâtre, tomentueux de la muqueuse. Les saillies perçues au toucher apparaissent comme des mamelons durs et brillants, à large implantation et peu saillants. Ces zones mamelonnées sont très irrégulièrement disposées. A 10 centimètres de l'anus on découvre une muqueuse absolument saine. Les lésions vont en se dégradant de bas en haut.

Examen appareil génital : Métrite; rien aux annexes.

ANTÉCÉDENTS. — Syphilis en 1918, reconnue; laryngite, plaques muqueuses. La malade était en ce moment à Bordeaux; traitée en 1918, 1919 au néosalvarsan, puis irrégulièrement.

Deux enfants en 1913 et 1914, morts de tuberculose. Métrite remontant au premier accouchement, pertes jaunes verdâtres empesant le linge. La malade avoue avoir pratiqué trois coïts anaux en 1913, 1914. Ces rapports anormaux n'auraient provoqué chez la malade aucune douleur, aucune hémorragie.

Le 21 juillet 1924, anesthésie épidurale. On prélève un condylome pour examen biopsique et inoculation, et on fulgure les végétations du quadrant supérieur gauche. Pansement goménolé; chute de l'escarre et cicatrisation rapide.

Le 28 août, deuxième séance de fulguration quadrant inférieur gauche.

Le 15 octobre, troisième séance de fulguration des deux quadrants droits. Localement, disparition des condylomes. La zone cutanéomuqueuse est rapidement cicatrisée à la suite de la chute des escarres. A la place des saillies, cicatrice blanchâtre souple; on poursuit la fulguration à l'intérieur du rectum, au niveau des zones malades.

Amélioration nette des écoulements; diminution des douleurs au point que la malade demande qu'on lui ferme son anus iliaque.

Examen histologique du condylome prélevé dans le canal anal (Dû à l'obligeance de notre collègue et ami René Huguenin) : Deux fragments ont été examinés : l'un au sommet du condylome à l'intérieur du canal anal; l'autre sur un segment plus voisin de l'anus.

Le premier est revêtu par un épithélium malpighien dont les éléments cellulaires ne présentent aucune anomalie, qui se kératinise par l'intermédiaire de cellules

à éléidine, qui ne traduit une réaction irritative que par une saillie exagérée des bourgeons interpapillaires, par une légère hyperacanthose. Celle-ci est souvent troublée d'ailleurs et en apparence exagérée par des figures anormales, simple résultat d'incidences obliques des coupes qui intéressent une surface très irrégulière, tomentuée de saillies et de sillons successifs. Sous cet épithélium, la coupe n'intéresse qu'un conjonctif très lâche, sans nulle trace de tissu musculaire. Ce conjonctif assez homogène dans son ensemble est semé de nombreux nodules cellulaires.

Le fond conjonctif est constitué par une substance fondamentale infiltrée d'œdème qui dissocie les travées collagènes mais qu'on ne retrouve en beaucoup de points qu'à l'état négatif, sous l'aspect de lacunes plus ou moins arrondies. Les colorations électives montrent d'ailleurs que les fibrilles collagènes perdent par places leurs affinités tinctoriales et la substance fondamentale paraît hyaline. Les nappes de substance fondamentale sont à peine clairsemées de quelques fibroblastes et surtout de quelques cellules plasmatiques. Quant aux nodules cellulaires, ils se présentent sans aucune systématisation et en particulier ne sont pas péri-vasculaires, mais ils ne sont pas tous semblables entre eux et se présentent sous deux aspects différents. Les uns sont uniquement constitués par des amas de plasmocytes très facilement identifiables. Comme ceux qui parsèment la substance fondamentale, ils présentent pour la plupart l'aspect caractéristique de la cellule plasmatique; cependant certains, deci, delà, sont en voie de dégénérescence erytrophile. Les autres, les moins nombreux d'ailleurs de ces nodules, sont constitués par une couronne d'éléments lymphoplasmocytaires mais où les plasmocytes sont encore très abondants, et par un centre moins richement cellulaire

et uniquement formé d'éléments épithélioïdes et de cellules géantes.

Celles-ci, souvent irrégulières d'aspect, peu chromophiles, à contours souvent flous, ont leurs noyaux presque exclusivement situés à leur périphérie. Elles sont isolées les unes des autres sans qu'il y ait autour d'elles ni substance fondamentale ni trace de dégénérescence protoplasmique, en particulier pas de dégénérescence caséuse. Les cellules épithélioïdes, très bien individualisées aussi au sein d'un tissu fort lâche, présentent leur habituelle affinité éosinophile.

Dans l'ensemble, ces éléments paraissent assez bien réaliser l'aspect d'un follicule tuberculeux, encore qu'il n'y ait nulle trace de caséification, que les cellules géantes n'aient peut-être pas l'aspect tout à fait typique de celles que l'on observe souvent dans la tuberculose. L'infiltration plasmocytaire, si abondante qu'elle soit, n'infirme pas l'hypothèse d'une lésion bacillaire puisque c'est chose assez banale, en particulier dans les inflammations chroniques de la région anale. Mais, par ailleurs, nous n'avons pu mettre en évidence sur nos coupes le bacille de Koch.

Dans un autre ordre d'idées pathogéniques, l'infiltrat plasmocytaire n'est, comme nous l'avons dit, nullement systématisé, ne prédomine pas autour des vaisseaux. D'autre part, il n'existe pas la moindre réaction d'endo ni de péri-vascularite. Les vaisseaux sont nombreux, sans doute, mais dilatés bien qu'ils ne contiennent que peu de globules.

L'autre fragment du condylome est beaucoup plus inflammatoire; l'épithélium lui-même présente au sein de son corps muqueux un œdème intracellulaire avec tendance à la dégénérescence ballonnante. L'infiltration du stroma sous-jacent est beaucoup plus abondante et beaucoup plus diffuse. Mais par ailleurs les éléments infiltrants sont dans l'ensemble les mêmes, par contre

les nodules épithélioïdes et giganto-cellulaires sont beaucoup plus rares. La substance fondamentale est encore beaucoup plus dissociée, plus œdémateuse et davantage encore en dégénérescence hyaline. Les lésions vasculaires sont plus marquées que dans l'autre fragment. Il existe ici une légère sclérose péri-vasculaire, mais on est frappé par le peu d'abondance des vaisseaux rencontrés.

OBSERVATION N° X

(Recueillie dans le Service de M. le Docteur Ed. MICHON.)

Madame B..., 34 ans.

Le début remonte à 1913. A la suite de rapports anormaux par l'anus, apparition de démangeaisons, ténésme, épreintes, s'accompagnant d'émission de glaires sanguinolentes si abondantes que la malade est obligée de se garnir. Antérieurement déjà très constipée. Cette constipation s'accroît; selles difficiles et rubannées. Malgré l'importance des troubles fonctionnels, la malade ne consulte aucun médecin et ne reçoit aucun soin jusqu'en 1921. Pendant cette longue période de sept ans, on note un amaigrissement de 8 kilos, la persistance des écoulements anormaux par l'anus : glaires, pus, sang. Le ténésme, les épreintes ont diminué d'importance. La constipation est opiniâtre et les selles sont extrêmement difficiles à obtenir même au prix de laxatifs et de lavements réguliers. Le matin au réveil, la malade éprouve le besoin d'aller à la selle. Elle se présente à la garde-robe le plus souvent sans résultat. Ce n'est qu'après plusieurs essais, au prix d'efforts multiples, de douleurs très vives qui lui font « se rentrer les ongles dans la peau » qu'elle obtient une selle. Cette selle est constituée au début par de petites boulettes très dures, puis par une débâcle liquide contenant beaucoup de pus et des mucosités sanglantes.

Après la selle, aucune douleur. La nuit la malade ne souffre pas.

A la fin de 1921, l'amaigrissement s'accroît; l'état général est mauvais, une température élevée journalière s'installe. Madame B., vient ensuite à Beaujon et est examinée par le Docteur Friedel. Elle est admise salle Gubler, dans le service de M. le Professeur Carnot. Réaction de Wassermann positive. On institue un traitement par néosalvarsan : 20 piqûres sans aucun résultat. Localement, pansements recto-coliques au dermatol. Puis rayons X sur région anale qui était le siège de proliférations condylomateuses. Les séances d'irradiations étaient mal tolérées, provoquaient chaque fois une poussée fébrile, une recrudescence des douleurs ano-rectales et localement une irritation des plus vives. Dix séances d'électrolyse circulaire n'amènent également aucun changement. La malade sort de l'hôpital et se soignera un mois chez elle par des pansements recto-coliques sans aucune amélioration. Elle revient à Beaujon et M. Friedel pratique sous anesthésie la fulguration des condylomes anaux et péri-anaux. Plusieurs séances furent nécessaires pour nettoyer la région des proliférations. Amélioration manifeste à la suite. Si la constipation est toujours aussi intense, disparition des démangeaisons intolérables éprouvés par la malade qui se trouve très soulagée. Dans la suite, on continue les pansements recto-coliques et on fait régulièrement des dilatations à la sonde sans d'ailleurs obtenir le moindre résultat.

En mai 1923, l'état général s'altère subitement. Un état fébrile (38°-39° le soir) s'installe, l'amaigrissement s'accroît. La constipation est de plus en plus marquée malgré les purges journalières. Etat nauséux. Cet état général mauvais et fébrile persiste de mai à octobre 1923. Le 17 octobre, M. Michon pratique un anus iliaque

gauche. Amélioration immédiate. La température redevient normale et l'état général se remonte rapidement.

En avril 1924, les matières recommencent à passer dans le bout inférieur. Retouche de l'anus. Recoupe de l'intestin et l'isolement du bout inférieur par M. Michon. Une dizaine de jours après l'intervention, apparition de fièvre, douleurs dans le bas-ventre, état nauséux s'accompagnant de contraction abdominale sus-mésocolique. Au toucher, utérus fixé, bloqué, tous les culs-de-sac sont empâtés et douloureux. En même temps, troubles des règles qui s'interrompent et ne reprendront qu'en juillet. Sous l'influence du repos, de la glace, les douleurs abdominales s'atténuent, la température redevient normale; la malade sort de l'hôpital.

Actuellement, novembre 1924 : Très bon état général, a repris 7 kilos; l'anus iliaque fonctionne bien. Le matin, petit lavement pour vider l'intestin et, dans la journée, elle ne porte pas d'appareil : une compresse sur l'anus, une ceinture abdominale et c'est tout. Rarement, en effet, la malade observe un suintement dans la journée. Elle n'est souillée que si elle ne prend pas son lavement matinal. Du côté rectal, éprouve à nouveau des démangeaisons violentes. Les écoulements anormaux par l'anus : glaires, sang et pus, persistent malgré lavages bout inférieur faits journellement par la malade avec de l'eau bouillie additionnée d'eau oxygénée ou de liqueur de Labarraque. Ces lavages du bout inférieur, faits tous les matins par l'orifice de l'anus iliaque, provoquent l'évacuation d'une grande quantité de pus et de mucus; 10 minutes après le lavage, de grosses glaires blanchâtres sortent par en haut et par en bas. Dans la journée, écoulement muco-sanglant continu. La malade se garnit. L'anus a donc, en rétablissant le cours des matières, permis à la malade de se relever, de reprendre ses forces et son poids. Il n'a eu aucune influence sur l'évolution de

la lésion rectale qui ne s'est pas modifiée malgré sa mise au repos.

EXAMEN LOCAL. — *Région anale* : La région anale est profondément modifiée. La zone cutanéomuqueuse est occupée par un cercle large de 4 à 5 millimètres opalin blanchâtre, irrégulier, d'aspect leucoplasique et qui correspond à la zone des condylômes détruits par la fulguration. Ce cercle blanchâtre ne présente aucune fissure, aucune érosion. Ce cercle encadre immédiatement l'anus béant comblé par de petites masses sessiles gris rosé, recouvertes de muco-pus, non friables et comblant le canal anal dans lequel le doigt qui apprécie l'infiltration de la région sphinctérienne ne peut pénétrer.

Toucher vaginal : Utérus en bonne position; culs-de-sac libres. Les parois du vagin sont souples sauf en arrière où l'on perçoit très nettement à travers la paroi vaginale, d'aspect d'ailleurs normal, le cylindre rectal induré, douloureux, figé sous forme d'une saillie médiane irrégulière.

ANTÉCÉDENTS — Etant fillette, prolapsus rectal, muqueux que l'on rentrait après chaque selle; guérit dans la suite. Bien portante jusqu'en 1909, époque où la malade arrive à Paris; on note seulement constipation simple; premier rapport à 17 ans. Peu après son arrivée à Paris, métrite aiguë avec pertes jaunes verdâtres tachant le linge. Premier rapport anal en 1913, fréquemment répété. C'est à la suite de ces rapports que s'installent les phénomènes de rectite aiguë. En même temps que s'installe la rectite, apparition dans l'aîne gauche d'un gros ganglion indolore qui ne suppure pas. Jamais d'accident spécifique bien que le Wassermann soit positif et que la malade n'ait jamais été traitée.

Pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

OBSERVATION N° XI

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur F. MOUTIER.)

Monsieur W..., 49 ans.

A contracté en Algérie, à 18 ans, une rectite mixte syphilitique et blennorragique. Pédérastie avouée. A 24 ans, rétrécissement avec fistule borgne interne opérée.

Depuis cette époque jusqu'à l'heure actuelle, c'est-à-dire pendant 25 ans, le malade n'a cessé de souffrir de l'évolution implacable, bien que très lente, d'une rectite sténosante.

Ténésme permanent, envies incessantes d'aller à la selle; selles rubannées avec glaires quelquefois sanguinolentes. Etat moral effroyable. Phobie du cancer.

Remarques : Le Wassermann n'a jamais cessé d'être totalement positif malgré les traitements répétés et énergiques.

On aurait trouvé du gonocoque à deux reprises, dont une récente. Ce microbe aurait disparu après un auto-vaccin : 15 injections. Cela ne modifia en rien la marche des lésions.

Rectoscopie : Canal anal dépourvu de souplesse sans plus. A 5 centimètres, rétrécissement rigide valloné. Grosse modification de la muqueuse. L'ampoule rectale présente des plis saillants et durs, non ulcérés, blanchâtres. Quelques points ecchymotiques. Le rétrécissement est franchissable avec un tube de 12 millimètres. Un deuxième rétrécissement est découvert à 41 centimètres. Ce dernier n'est franchissable qu'avec une sonde souple.

OBSERVATION N° XII

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur F. MOUTIER.)

Monsieur Z..., 50 ans.

A contracté à 35 ans la syphilis. La blennorragie rectale est possible, le malade ne cachant pas ses mœurs spéciales. Des traitements intensifs ont été dirigés contre la spécificité. Il est à noter que le Wassermann a été constamment et totalement positif. Ce n'est que tout récemment, à la suite de traitements répétés, que la réaction a fléchi sans cependant devenir négative.

En 1913 et 1914, il a eu des hémorragies intestinales très fortes, accidents isolés ne s'étant accompagnés d'aucun syndrome particulier.

Au printemps de 1920, onze ans après le chancre initial, apparition de ténésme avec émission de glaires sans matières. Celles-ci sont dures, émises avec difficulté et enrobées de glaires sanguinolents.

Des rectoscopies multiples ont été pratiquées par une série d'observateurs (MM. Bensaude, Caillé, Moutier); depuis le début on a pu suivre la marche des accidents et ceux-ci ont évolué inéluctablement en dépit de toute thérapeutique.

En mars 1920, une fissure anale incommodait seulement le malade. Il y avait également du ténésme vésical. La rectoscopie montre, à 5 centimètres de l'anūs, une ulcération diphtéroïde sur la muqueuse absolument normale.

Une biopsie pratiquée montre seulement une réaction inflammatoire sans aucune spécificité.

En novembre 1920, l'ulcération majeure semblait avoir légèrement rétrocedé mais sur une valvule se décelait une zone épaissie, infiltrée de nodosités. L'ulcération

paraissait même s'améliorer en décembre 1920, mais une des nodosités s'ulcérait à son tour et l'infiltration sténosante cartonnant les parois et les plis commençait à s'étendre.

Pendant les années 1921, 1922, le processus s'accusait, les lésions s'étendaient par épaississement muqueux peuplé de mamelons nouveaux et ces nodosités s'ulcéraient çà et là. En même temps, infiltration de l'anus, le périnée était tendu, violacé. Il s'y ouvrait bientôt une fistule donnant tantôt une sécrétion séreuse, tantôt du pus louable en grande abondance. Des condylomes bientôt énormes se développaient à la marge cutanéomuqueuse.

Le ténesme devient incessant; les petits suintements sanguins se répètent, les selles et les émissions glaireuses s'accompagnent d'épreintes atroces. Le malade maigrit de plusieurs kilos.

Un anus iliaque gauche est pratiqué par M. le Professeur Gosset, en janvier 1923. Néanmoins le canal anal donnent toujours issue à des glaires sanguinolents et le malade n'est que partiellement soulagé.

En 1924, la sténose rectale est absolue ainsi que le montrent le toucher, la rectoscopie, la radioscopie. L'ampoule est totalement comblée par l'hypertrophie scléreuse. Le rectum s'immobilise dans une gangue qui envahit le bassin. Le périnée totalement infiltré voit s'ouvrir de nouvelles fistules. Un ensemençement direct des écoulements séreux ou purulent des fistules ou du canal anal ne donne que de l'entérocoque. Pas de bactéries. Pas de nocardia.

Les traitements spécifiques intensifs, l'injection de mésothorium, de géodyl, de cinnamate de benzyle ont été totalement inopérants. Tout au plus peut-on remarquer que, depuis 6 mois, le poids est resté stationnaire et que les lésions périnéales n'ont pas progressé.

OBSERVATION N° XIII

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur FRIEDEL.)

Monsieur K..., 48 ans.

Engagé à 18 ans aux colonies. Pédérastie avouée. Contracte la syphilis pour laquelle il est traité très irrégulièrement. Les troubles rectaux commencent à l'âge de 20 ans. Il est impossible de faire préciser comment débutèrent ces troubles, la date exacte d'apparition du chancre et son siège. A 26 ans, est opéré d'une fistule anale. Depuis 28 ans, symptomatologie de rectite évoluant par poussées très insidieusement vers une sténose peu serrée. L'examen montre une région anale normale d'aspect, l'index pénètre dans un rectum rigide et bute à 6 centimètres contre un anneau fibreux facilement franchissable. La rectoscopie montre une pénétration facile du tube, une aspect œdématié, tomentueux, blanchâtre de la muqueuse, et fait découvrir à 6 centimètres un anneau blanchâtre irrégulier avec érosion sur sa partie gauche; on franchit facilement cet anneau, on pénètre dans un canal rigide de 4 centimètres de hauteur environ, au-dessus muqueuse violacée, érodée. Radio par lavement opaque. Le calibre du rectum est très diminué dans son ensemble. Au-dessus du segment canaliculaire sténosé, l'intestin apparaît dilaté, le sigmoïde très court va en ligne droite de l'extrémité supérieure du rétrécissement à la fosse iliaque.

OBSERVATION N° XIV

Dûe à l'obligeance de M. le Professeur B. CUNÉO,
dans le service duquel nous l'avons recueillie.)

Madame L..., 36, ans, repasseuse.

ANTÉCÉDENTS. — Parents bien portants.

1 frère, 5 sœurs bien portants.

Mariée à 17 ans; une fille l'année suivante. Accouchement normal, quelques pertes blanches à la suite; pas d'autres grossesses.

A la fin de la guerre, contracte une blennorragie, apparition de pertes jaunes verdâtres; plusieurs poussées aiguës de salpingite.

En juillet 1923, premier rapport anal très douloureux, ne s'accompagnant pas d'hémorragie. Le coït anal est répété plusieurs fois en juillet et presque immédiatement, apparition de douleurs vives et de grosseurs dans la région anale, qui amènent la malade à consulter à Lariboisière en septembre. Le syndrome rectal est constitué par : 1° du ténesme, les envies fréquentes d'aller à la selle s'accompagnant d'émissions glaireuses sangui-nolentes; 2° la constipation est opiniâtre, nécessitant des laxatifs journaliers. Malgré cela, obligée de se présenter plusieurs fois à la garde-robe avant d'obtenir, au prix de grands efforts et de violentes douleurs, un résultat; 3° douleur à type fissuraire une demi-heure après la selle.

Ce syndrome rectal semble être mis sur le compte d'une volumineuse salpingite pour laquelle la malade est hystérectomisée le 14 décembre 1923. De fait, à la sortie de l'hôpital, le 4 janvier, la malade est améliorée; elle ne souffre presque plus, mais la constipation persiste. De janvier à mai 1924, alternatives de périodes de bien-être et de fatigue. Amaigrissement. Prend journellement lavement et laxatif. Obtient une selle souillée de mucosités, de pus, parfois de sang. En mai, l'amaigrissement s'accroît; réapparition du ténesme rectal, écoulement abondant par l'anus; la malade revient à l'hôpital. A l'examen, on constate quelques condylomes de la région anale; un de ces derniers, gros comme une noisette, siège à mi-chemin entre la four-

chette et l'anus. Pas d'incontinence, le sphincter n'est pas déficient à l'examen. Au toucher, multiples petites tumeurs sessiles, de la grosseur d'un pois, tapissant la muqueuse rectale. Wassermann négatif.

Le 11 juin 1924, anus avec éperon sur le colon ascendant. Passage d'une compresse dans le méso. Fixation de l'anse extériorisée au péritoine et à la peau.

Le 20 juin 1924 (M. le Professeur Cunéo) : amputation du rectum. Incision antérieure et postérieure pour la conservation du sphincter. On dégage le rectum le plus haut possible. Difficultés d'abaissement. Abaissement et ablation du rectum. On fixe l'intestin ainsi abaissé à la portion sphinctérienne conservée. Mèche à l'ectogau en avant et en arrière.

EXAMEN HISTOLOGIQUE DE LA PIÈCE ÉNLEVÉE (due à l'obligeance de notre collègue et ami le Docteur P. Rouffiac). — Plus d'épithélium visible.

Culs-de-sac glandulaires d'aspect normal. '

Le chorion est le siège d'une infiltration inflammatoire à la fois constituée par la prolifération des éléments fixes du conjonctif et par des éléments diapédésés mono ou polynucléaires. Immédiatement en surface il semble bien que ces éléments soient en voie de nécrose et par plaques, il existe un revêtement fibrinoïde témoin d'une ulcération muqueuse.

La réaction inflammatoire diffuse jusqu'au niveau de la muscularis mucosae, qu'on reconnaît facilement en certains points.

Le tissu sous-jacent sous-muqueux est un tissu conjonctif très lâche où les fibrilles collagènes sont dissociées par une infiltration œdémateuse très abondante. Au sein de cette substance fondamentale, on trouve deux ordres de plages, les unes à peu près acelluleuses, simplement parsemées en certains points

d'éléments cellulaires conjonctifs adultes ou jeunes, de lymphocytes ou de plasmocytes; les autres, au contraire, sont constituées soit par des nodules assez régulièrement arrondis dans leur ensemble, soit par de larges nappes d'infiltration diffuse. Dans l'un comme dans l'autre cas, ces éléments sont constitués soit par des cellules conjonctives fixes en voie de dégénérescence embryonnaire, soit par des lymphocytes qui constituent l'élément le plus abondant, soit par des plasmocytes. Il est plus rare que l'on retrouve dans cette région des polynucléaires. Dans l'ensemble, ces nodules n'ont pas de systématisation bien précise. Cependant, ils sont assez fréquemment ordinés au voisinage de vaisseaux très dilatés, bourrés de globules rouges, et dont la paroi n'est pas particulièrement altérée.

Dans l'ensemble, réaction inflammatoire dans laquelle on retrouve : 1° la lésion véritable caractérisée par l'infiltration nodulaire profonde lympho-plasmocytaire; 2° une lésion accessoire superficielle polynucléaire, cette dernière paraissant commandée par l'ulcération muqueuse.

Suites opératoires favorables.

Examen le 15 novembre 1924 :

La malade a retrouvé son poids, ses forces. L'anus sur le colon droit reste à fermer. L'état de la région anale est des plus satisfaisants. La nouvelle zone cutanéomuqueuse est nette. L'introduction du doigt est facile, non douloureuse. En avant de l'anus, s'ouvre une petite fistule périnéo-vaginale à orifice blanchâtre et ne sécrétant pas. En arrière de l'anus, il persiste une zone elliptique dont le grand axe à environ 3 centimètres et le petit axe 1 centimètres et demi à épidermiser.

Examen rectoscopique. — Le tube rentre sans diffi-

culté particulière, en provoquant une légère douleur. Il n'y a aucune induration de la région sphinctérienne qui est très souple. Le sigmoïde abaissé est exploré sur une hauteur de 10 centimètres. La muqueuse est un peu plus rouge que normalement et sécrétant quelques glaires blanchâtres, est partout souple et ne présente aucune modification spéciale, ni saillie, ni érosion, ni ulcération.

Le 8 décembre, l'état de l'anus et son fonctionnement parfait autorise la fermeture de l'anus sur le colon droit. Celle-ci est pratiquée par M. le Professeur Cunéo : Incision circulaire autour de l'orifice. Fermeture temporaire par quelques points. Isolement du colon. On pénètre en tous points dans la cavité péritonéale. Avivement de la brèche colique qui est suturée en 3 surjets, l'un purement muqueux (soie).

OBSERVATION N° XV

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur FRIEDEL.)

Monsieur X..., 53 ans.

ANTÉCÉDENTS ET HISTOIRE DE LA MALADIE. — De 1890 à 1900, séjour en Indochine. Paludisme. Diarrhée de Cochinchine amenant le malade à ne plus peser que 47 kilos au lieu de 80. Guérison en France par un régime exclusivement lacté pendant 6 mois.

De 1900 à 1910, rien de particulier à noter. A partir de 1910, apparition d'une diarrhée chronique, deux à trois selles par jour extrêmement liquides. Le malade croyait à une séquelle de sa diarrhée coloniale.

En 1913, typhoïde ambulatoire, se terminant par une congestion du rectum et hémorragies dues à une quantité de petites hémorroïdes internes qui auraient été brûlées au thermo-cautère.

En 1914, roséole sans trace de chancre. Wassermann

positif. Cède rapidement à traitement : néosalvarsan, huile grise.

En 1918, aggravation de la diarrhée par suite de la mauvaise qualité du pain ingéré.

En 1921, 1922, 1923 la diarrhée persiste, particulièrement intense lorsque le malade absorbait un peu de vin blanc ou de vermouth.

En juillet 1923, malaises occasionnés par la grande chaleur. En août, douleur vive au rectum en allant à la selle. Cette douleur est attribuée à des hémorroïdes internes. Traitement par suppositoires Midy. Aggravation. Le médecin local appelé en consultation pratique un toucher rectal et conclut à des hémorroïdes et à de l'entérite. Continuation du traitement anti-hémorroïdal et lavements de graine de lin ou de guimauve. Le malade ne peut plus rester dans la position assise. Au bout de trois mois, dès qu'il peut marcher, il va consulter à Paris. Le médecin qu'il consulte examine le rectum au spéculum et constate la présence d'une grande quantité de pus grisâtre et d'abcès dont l'un serait fistulisé et ouvert à la fois dans le rectum et à la marge de l'anus. Le médecin diagnostique une intoxication générale qu'il combat pendant quatre mois par la magnésie lourde et le bismuth, et la rhubarbe à doses croissantes. Il y joint du sirop de Gibert et de quinquina pour remonter le malade très fatigué. Au bout de trois mois de ce traitement, grande amélioration de la santé générale, mais le traitement local du rectum n'avait pas donné grand résultat. A la diarrhée chronique fait suite une constipation.

En mai 1924, consultation d'un nouveau médecin. Rectoscopie. Constatation d'un polype à 5 centimètres de l'anus, et plus haut de tissu ligneux faisant soupçonner un néoplasme. Biopsie permettant d'exclure le cancer. Le diagnostic porté est rectite sténosante d'ori-

gine syphilitique. Traitement antisiphilitique : 5 gr. 25 de 914 en injections intraveineuses et 10 piqûres de Quinby. Aucun résultat.

En juillet 1924, consultation d'un autre médecin qui pratique également une biopsie. « Sous une couche de tubes glandulaires, le chorion est envahi par une infiltration embryonnaire très dense où prédominent les cellules plasmatiques. Dans un coin de la préparation, on trouve une zone d'hémorragie diffuse. »

Actuellement, le malade se présente, au point de vue fonctionnel, comme un constipé opiniâtre, et ce ne serait qu'avec peine et beaucoup de douleurs qu'il obtiendrait des selles peu abondantes faites de petites matières dures, enrubannées, enrobées de muco-pus sanglant, s'il ne prenait journellement des laxatifs et des purges. On a affaire à un sujet gras, légèrement subictérique à gros ventre. L'état général est relativement bon et le malade vaque journellement à ses occupations.

L'examen de la région anale ne montre rien. Les plis radiés dépliés, on ne constate aucune lésion, fissure ou végétation. Pas de béance.

Toucher rectal : Très douloureux. Le doigt est enserré par un sphincter qui se contracte bien et pénètre dans l'ampoule. Celle-ci présente une paroi rigide, mamelonnée, de faibles saillies d'autant plus accentuées que l'on remonte plus haut. Rapidement, on bute sur le rétrécissement.

Rectoscopie : Introduction douloureuse du tube permettant de reconnaître les lésions caractéristiques. La muqueuse est tomentueuse, faiblement mamelonnée de saillies irrégulières, les unes lenticulaires, blanchâtres, opalines, vernissées; les autres rouges vineuses recouvertes de mucus. Entre les zones blanchâtres faiblement saillantes, muqueuse rosée qui a perdu sa souplesse ainsi que l'on peut s'en rendre compte à l'insufflation.

A 6 centimètres de l'an us, on découvre l'orifice inférieur du rétrécissement, se présentant comme un anneau irrégulièrement bordé de granulations, de bourgeons sail lants et gros comme un grain de blé. Quelques-uns sont blanchâtres, les autres rouges vif. Aucun n'est friable. Cet orifice inférieur est assez large pour permettre l'introduction, d'ailleurs difficile et très douloureuse, du petit tube qui permet de se rendre compte que le rétré- cissement canaliculaire a une hauteur d'environ trois centimètres, et qu'au-dessus il existe des lésions de recto- colite érosive. Le malade est soigné actuellement par des lavages au néol et des pansements recto-coliques au dermatol qu'il garde très bien.

OBSERVATION N° XVI

(Dûc à l'obligeance de M. le Professeur HARTMANN.)

V... René, 25 ans, chauffeur.

Entre le 1^{er} septembre 1924 dans le service de M. le Professeur Hartmann.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Début il y a un mois et demi par des démangeaisons au niveau de la région anale et brûlures au moment de la défécation. Faux besoins fréquents aboutissant à l'émission de quelques gouttes de pus; sensation immédiate de cuisson intolérable durant peu. Il y a trois semaines, se présentant à la garde-robe, fait des efforts violents et perçoit comme de « petites boules » sortant pas l'an us. En même temps, le malade remarque qu'il y a du sang au milieu de ses matières.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Parents bien portants.

ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX. — Marié; femme bien portante; pas d'enfant,

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Une blennorragie. Pas de syphilis; Wassermann négatif.

EXAMEN. — Orifice anal caché par des plis condylo-mateux. Quand on déplisse, on voit qu'ils sont surtout marqués sur le côté droit.

Le doigt introduit dans le rectum constate sur une hauteur de 6 centimètres un épaissement de la muqueuse avec des inégalités. Sensation finement granuleuse.

Le 10 octobre 1924, intervention (M. le Professeur Hartmann).

Incision circulaire péri-anale passant en dehors des végétations condylomateuses. Dissection du sphincter au bistouri. Pincés puis catguts sur une série de vaisseaux saignants. Rupture en avant arrivé au-dessus du sphincter. Décollement postérieur d'une masse séro-lardacée d'un centimètre et demi d'épaisseur, dans laquelle toutes les tuniques sont confondues. Décollement du rectum de la face postérieure de la prostate, sectionnant aux ciseaux le muscle recto-urétral. Nous arrivons finalement à trouver une muqueuse saine gris blanchâtre. Section et ligature des vaisseaux. Section du rectum et suture à la peau après contre-ouverture à la partie postérieure de la face après contre-ouverture à la partie postérieure de la fosse ischio-rectale. On place deux drains, un qui va en avant, l'autre en arrière du rectum. L'infiltration de la sous-muqueuse existe au niveau du segment abaissé, bien que la muqueuse soit saine.

Suites opératoires : Très simples. La température monte à 39° et redevient normale le 5^e jour. Quelques fils sont enlevés le 10^e jour; les derniers sont enlevés le 17^e jour. Raccourcissement progressif et diminution du calibre des drains qui sont enlevés le 20 novembre.

EXAMEN le 1^{er} décembre. — Le malade ne souffre plus

du tout de la région anale. Bonne continence. Va à la selle régulièrement et retient très bien les matières. Le passage de gaz entraîne quelques mucosités. Suintement anal léger.

Localement : on constate la cicatrisation de la contre-incision de drainage de la fosse ischio-rectale. Cette cicatrisation est presque complète; il n'existe qu'une surface lenticulaire à combler.

Au niveau de l'anus, la nouvelle ligne cutanéomuqueuse, reportée plus en dehors que normalement, est marquée par une collerette muqueuse d'apparence tout à fait normale et légèrement en saillie. L'affrontement cutanéomuqueux est parfait sur plus des trois quarts de la circonférence. A la partie antérieure et gauche, au point où quelques fils ont coupé, petite zone granuleuse.

OBSERVATION N° XVII

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur HARTMANN.)

Madame G..., 31 ans, entre le 15 octobre 1924 dans le service de M. le Professeur Hartmann, à l'Hôtel-Dieu, pour troubles de la défécation et douleurs à l'anus. Le début remonte à 3 ou 4 ans. La malade qui ne souffrait pas et allait régulièrement à la selle, avait remarqué la présence de filets de sang au milieu des matières. Depuis trois mois, apparition de fausses envies, de douleurs au moment d'aller à la selle. Les matières sont modifiées d'aspect, plus petites. Dans la journée, des matières liquides sortent malgré elle. Apparition d'un écoulement de pus jaune clair par l'anus. Amaigrissement de 11 kilos depuis 4 mois.

ANTÉCÉDENTS. — Règlée à 13 ans; n'a jamais été malade jusqu'en 1920. A cette date, pleurésie gauche. Il

y a un an et demi, soignée pour syphilis à l'Hôtel-Dieu et à Saint-Antoine. La réaction de Wassermann, d'abord positive, devient négative à la fin du traitement.

A une fille de 14 ans bien portante.

Depuis, une fausse-couche, à la suite de laquelle trois bartholinites, la dernière opérée à l'Hôtel-Dieu.

EXAMEN le 17 octobre 1924. — A l'examen de la vulve, on constate :

1° Orifice fistuleux siégeant juste au-dessus de la fourchette, légèrement à droite. L'orifice, des dimensions d'une lentille, a des bords décollés. Par l'orifice, pus fétide et gaz;

2° On note au niveau de l'anus une tuméfaction de la grosseur d'une noisette, légèrement rosée, molle. Quand on déplisse l'anus, on trouve une saillie siégeant à droite. En dehors, elle est séparée par un sillon de la peau de la région anale. En dedans, elle se continue vers l'anus. Sur la face interne, une ulcération.

Toucher rectal : Le doigt introduit dans l'anus constate que la muqueuse, sur la périphérie du canal anal, est rugueuse, hérissée de petites saillies. Petit à petit le canal se rétrécit et le doigt trouve à 4 ou 5 centimètres un rétrécissement parfaitement circulaire avec contour fibreux n'admettant pas l'extrémité de l'index qui ne peut le franchir.

La partie rétrécie est légèrement mobile dans tous les sens. La sonde, préalablement introduite par l'orifice fistuleux vaginal, pénètre dans le rectum. Le bec est retrouvé au-dessous du rétrécissement sur la paroi antérieure. Toucher douloureux.

Toucher vaginal : Col ferme, élastique; orifice lenticulaire regardant en bas, légèrement en arrière. Le corps utérin est en antéflexion normale. Culs-de-sac latéraux souples, légèrement sensibles.

Examen général : Rien de particulier, sauf cicatrice

dans la région inguinale gauche. Dans la région inguinale, des deux côtés, ganglions multiples, durs, mobiles, indolores, dont certains atteignent le volume d'une amande. Adénopathie plus marquée à gauche.

Le 27 octobre 1924, intervention (M. le Professeur Hartmann).

« Fente de la fistule. Curettage. Nous disséquons le rectum de la face interne du sphincter fendu en avant par le fait de la section de la fistule. Décollement antérieur; refoulement du cul-de-sac péritonéal. Décollement postérieur. Les lésions de la muqueuse remontent à 4 centimètres au-dessus du rétrécissement. Suture du rectum en muqueuse saine. Suture du segment abaissé à la peau.

Contre ouverture ischio-rectale gauche et deux drains, un en avant, un en arrière du rectum. En avant, suture comme dans une périnéorraphie. »

Suites opératoires : Simples. La température monte à 39° le premier jour, descend progressivement vers la normale qu'elle atteint le 8° jour.

Le 10° jour, ablation des fils des drains.

Le 12° jour; ablation d'un drain.

Le 13° jour, ablation de deux fils.

Le 17° jour, ablation de tous les fils.

Le 19° jour, ablation du dernier drain.

Examen au 35° jour : La malade se sent très bien. Selles régulières. Continence anale complète, sauf si matières très liquides. Le passage des gaz par l'anus n'entraîne rien. Localement, petite dépression lenticulaire suintant une goutte de pus au niveau de l'orifice du drain ischio-rectal. L'anus est en très bel état. La cicatrisation est complète, aucun fil n'ayant coupé; une collerette de muqueuse anale, d'apparence saine et légèrement en saillie, reporte la ligne cutanéomuqueuse en

dehors de sa situation normale. Côté vaginal : cicatrisation parfaite. Leucorrhée abondante.

OBSERVATION N° XVIII

(Dûe à l'obligeance de notre maître,
M. le Docteur Ed. Michon.)

L'observation clinique manque.

B... Melchior, 38 ans, est opéré le 20 juillet 1916 par M. le Docteur Ed. Michon, pour rétrécissement fibreux du rectum.

Protocole opératoire : Rétrécissement rectal siégeant à 6 centimètres de l'anus. Dilatation du sphincter. Libération de la muqueuse jusqu'au dessus du sphincter. Libération totale du rectum en dessus. Le rectum libéré est abaissé et réséqué. Suture au catgut.

En décembre 1924, nous apprenons que le malade vient d'être opéré d'un anus iliaque gauche pour obstruction intestinale liée à une récurrence de rétrécissement. La sténose s'est reproduite sur une assez grande hauteur.

OBSERVATION N° XX

(Dûe à l'obligeance de M. le Professeur CARNOT,
dans le service duquel nous l'avons recueillie.)

Madame G..., 40 ans.

Entre le 17 novembre 1924 dans le service de M. le Professeur Carnot, pour insuffisance cardio-rénale, et décède le 5 décembre.

Elle a été opérée en 1921 d'un rétrécissement du rectum. Extirpation périnéale par voie intra-sphinctérienne. A la suite de cette opération, six mois après, hémorragie anale; elle est soignée à Saint-Antoine par

l'air chaud et l'électricité, puis à Beaujon à la consultation de gastro-entérologie du Professeur Carnot. La malade présentait à son entrée à l'hôpital un écoulement de rectite, une incontinence complète. La continence de l'anus a duré deux ans. L'examen montre une récidue nette du rétrécissement inflammatoire. La pièce prélevée à la nécrops et fendue longitudinalement, montre une muqueuse mamelonnée à partir de la nouvelle ligne ano-cutanée et une ulcération des dimensions d'une pièce de un franc siégeant sur la partie gauche. Les lésions muqueuses vont en se dégradant sur une hauteur de 5 centimètres. La sous-muqueuse est considérablement épaissie à partir de l'extrémité inférieure de l'intestin abaissé. L'épaisseur de la callosité atteint un centimètre et demi à sa partie inférieure et diminue d'importance en hauteur. Péri-rectite importante. L'examen histologique montre les lésions typiques du rétrécissement inflammatoire, infiltration lympho-plasmocytaire d'une sous-muqueuse très épaissie sans caractères particuliers. Ces faits confirment une récidue typique de rectite plus sténosante que proliférante.

CONCLUSIONS

I. — ETUDE ANATOMO-CLINIQUE DU RETRECISSEMENT

a) Le rétrécissement inflammatoire du rectum constitué par un cylindre de tissu fibreux développé uniquement aux dépens de la sous-muqueuse est le plus souvent unique, bas situé, canaliculaire, de faible étendue. Il s'accompagne d'une façon constante d'une péri-rectite scléro-lipomateuse plus ou moins marquée. Parfois le rétrécissement sera atypique, par sa grande étendue en hauteur, son siège élevé, la multiplicité des points coarctés, son association à d'autres sténoses siégeant en des points divers de l'intestin.

b) Histologiquement, métaplasie épithéliale, sclérose sous-muqueuse, infiltration lymphoplasmocytaire de cette dernière, sont les trois caractères des lésions rencontrées avec quelques variantes suivant les cas. Il est impossible d'établir un diagnostic étiologique des rétrécissements du rectum d'après l'examen histologique, mis à part quelques cas de rétrécissements tuberculeux.

c) La fréquence du rétrécissement du rectum apparaît à peu près égale chez l'homme et chez la femme, avec peut-être une légère prédominance chez cette dernière. Ils s'observent plus particulièrement de 20 à 40 ans. Les facteurs étiologiques incriminés dans sa production sont multiples : pédérastie passive, syphilis, tuberculose, blennorragie sont les plus fréquents. La dysenterie amibienne, la bilharziose sont exceptionnellement en cause. Le rôle des nocardia dans la production des rectites proliférantes et sténosantes nous paraît indiscutable d'après une observation que nous rapportons. C'est là un facteur étiologique nouveau à envisager.

d) Dans la majorité des cas, le rétrécissement du rectum doit être considéré comme le résultat évolutif d'une rectite dans la chronicité de laquelle les infections banales semblent jouer un rôle prépondérant. Le rôle joué par la syphilis dans la genèse des sténoses rectales semble très effacé, et le rétrécissement du rectum, accident constitutionnel de la syphilis, apparaît exceptionnel. Le bacille de Koch semble pouvoir agir de trois façons : 1) amené par voie sanguine, il peut créer exceptionnellement une lésion primitive, véritable tuberculose hypertrophique du rectum; 2) amené par la voie digestive, il peut ou bien produire une ulcération tuberculeuse, lésion primitive à laquelle se surajoute une rectite sténosante liée aux germes banaux et aux bacilles tuberculeux ou bien il vient tuberculiser un rétrécissement en évo-

lution. Nous classons les rétrécissements du rectum en différents groupes :

1° Le *rétrécissement vénérien*, le plus fréquent, dans lequel la rectite est sous la dépendance d'une affection vénérienne ano-rectale;

2° le rétrécissement tuberculeux ;

3° le rétrécissement syphilitique ;

4° la rectite proliférante et sténosante à nocardia;

5° les rétrécissements de cause exceptionnelle ; dysenterie, bilharzia, lèpre;

6° le rétrécissement inflammatoire avec éléphantiasis ano-périnéo-génital.

e) Cliniquement,

1° *Le rétrécissement vénérien* évolue en trois phases :

Phase initiale caractérisée par l'existence d'une lésion anale ou ano-rectale : chancre mou, chancre syphilitique, syphilides secondaires, blennorragie-aiguë ;

Phase de rectite chronique, le plus souvent proliférante et sténosante ;

Phase de sténose confirmée.

L'évolution est en général très lente.

2° Le *rétrécissement tuberculeux* comprend à étudier :

a) Le tuberculome hypertrophique ou ulcéro-hypertrophique du rectum existant seul ou associé à d'autres, manifestations tuberculeuses du même ordre frappant le tube digestif. Il est exceptionnel ;

b) Le rétrécissement tuberculeux, rare, dans lequel la succession des faits est nette : ulcération tuberculeuse de l'anus, rectite, sténose fibreuse. Cette forme présente quelques caractères cliniques particuliers. Elle s'observe de préférence chez des sujets jeunes présentant des antécédents bacillaires. Les premiers symptômes sont souvent des crises douloureuses à type fissuraire, liées à l'ulcération tuberculeuse et des rectorragies plus ou moins abondantes. Anatomiquement, grande tendance de la sténose à s'étendre en hauteur, à envahir tout le rectum et même le sigmoïde, à donner naissance à des fistules multiples. Ces caractères anatomiques se retrouvent dans :

c) les rétrécissements tuberculisés qui, par contre, ne présentent aucun caractère clinique particulier.

3° Le rétrécissement syphilitique lié à une infiltration scléro-gommeuse des parois rectales apparaît exceptionnel. Il s'observe chez des gens âgés, syphilitiques anciens, non ou insuffisamment traités. Les signes de sténose apparaissent les premiers, précédant parfois de loin les signes de rectite. Leur évolution est particulièrement insidieuse et lente. Dans le groupe du rétrécissement syphilitique semblent rentrer également certaines variétés de sténoses fibreuses du rectum associées à d'autres sténoses coliques, et dans la production desquelles la tuberculose ne peut être invoquée.

1° La rectite proliférante et sténosante à nocardia.

L'observation que nous apportons ne permet pas

de tirer beaucoup de conclusions sur cette variété de sténoses. Son seul intérêt est d'attirer l'attention sur un facteur étiologique nouveau de rétrécissement du rectum facteur dont on ne peut prévoir actuellement l'importance.

5° Les rétrécissements dysentériques, bilharziens, ne présentent aucun signe particulier, si ce n'est pour ce dernier la fréquence et la multiplicité des proliférations muqueuses dans lesquelles on peut retrouver l'œuf du parasite.

6° Les rétrécissements inflammatoires avec éléphantiasis ano-périnéo-génital.

Ce dernier groupe caractérisé par la coexistence avec le rétrécissement inflammatoire d'une tuméfaction éléphantiasique ano-périnéo-génitale comporte des facteurs étiologiques complexes. Un fait semble certain : sa production semble nécessiter un blocage lymphatique double des ganglions inguinaux et des ganglions du méso-rectum.

f) Diagnostic.

Le diagnostic du rétrécissement inflammatoire ne souffre aucune difficulté. Il ne ressemble en rien à l'épithélioma. Ses caractères particuliers permettent facilement de le différencier des autres variétés de rétrécissements du rectum : rétrécissements congénital, cicatriciel, spasmodique. Son diagnostic étiologique est plus difficile, et pour le faire entrer dans l'un des groupes décrits, il faut, outre un interrogatoire précis sur les antécédents, pratiquer de nom-

breux examens : réaction de Wassermann, recherche du gonococque, de parasites dans les mucosités prélevées sous le contrôle rectoscopique. Cette dernière permet de pratiquer une biopsie pour examen histologique, inoculation, culture ; ces dernières seront faites en milieux aérobies et anaérobies. Le rétrécissement étant diagnostiqué, il faut encore en déterminer les caractères anatomiques, caractères indispensables pour le chirurgien. L'examen physique minutieux, le toucher rectal, la rectoscopie, l'examen aux rayons X permettront d'étudier le rétrécissement au point de vue étendue, mobilité, importance des lésions sus-jacentes, de la péri-rectite, l'existence possible de rétrécissements étagés.

II. — TRAITEMENT

Il n'y a pas de traitement radical à appliquer à tous les cas de rétrécissement du rectum.

A) LE TRAITEMENT MÉDICAL.

EST à instituer dans tous les cas. Régime et laxatifs pour lutter contre la stase fécale, traitement de la rectite par des lavages antiseptiques journaliers ; le traitement antisyphilitique est à appliquer dans tous les cas où la syphilis sera retrouvée dans les antécédents du malade.

B) LE TRAITEMENT LOCAL NON SANGLANT

1° *La dilatation.*

Cette méthode palliative est susceptible de rendre d'énormes services. Elle doit être lente, progressive et pratiquée avec douceur. Elle sera pratiquée avec des bougies de Hégar. Les séances seront courtes, d'abord journalières, puis s'espaceront dès que l'on aura atteint un calibre suffisant. La dilatation pourra être pratiquée après création d'un anus iliaque, soit par les voies naturelles, soit par voie rétrograde.

2° *L'électrolyse circulaire négative.*

Est une méthode de douceur permettant de dilater rapidement un rétrécissement et pouvant, à ce titre, être utilisée. Son action ne peut être durable, car elle n'agit pas sur le facteur rectite, cause de la sténose.

3° *L'étincelage de haute fréquence.*

A été préconisé par Heitzboyer dans le traitement de certains rétrécissements du rectum. Cette méthode, que nous avons employée, est à retenir. Son emploi paraît particulièrement indiqué dans les cas de rectite proliférante et sténosante.

4° *La fibrolysine.*

Employée en injections intra-musculaire, son action est à peu près nulle. Injectée localement au niveau de la sténose, elle paraît pouvoir agir efficacement sur le tissu fibreux.

C) LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

La rectotomie interne, la rectotomie externe ne sont plus employées à l'heure actuelle. Deux méthodes restent en présence : l'anus iliaque, l'extirpation.

L'anus iliaque permet d'obtenir une reprise rapide de l'état général et une amélioration lente de la rectite. Il peut être temporaire et institué dans ce cas pour permettre au traitement ordinaire par lavages et dilatation, d'agir plus vite, le rectum étant mis au repos; ou bien pour préparer le malade en vue d'une extirpation de son rétrécissement. Il peut être définitif et se trouve indiqué dans tous les cas de rétrécissements non extirpables et qui ne s'améliorent pas par les moyens habituels. Il est parfois pratiqué d'urgence à l'occasion d'une cure d'occlusion aiguë.

L'extirpation du rétrécissement appliquée indistinctement à tous les cas de rétrécissements donne de mauvais résultats. Appliquée au contraire aux rétrécissements bas situés, peu étendus, elle est susceptible de donner au contraire de brillants succès. Elle n'est légitime que si l'état de la région sphinctérienne autorise la conservation de ce dernier. Deux procédés sont à retenir pour pratiquer l'exérèse du rétrécissement : l'amputation intra-sphinctérienne préconisée par Hartmann, mais cette intervention ne peut s'appliquer qu'aux rétrécissements très bas situés et de faible hauteur; et le procédé de Cunéo applicable à tous les cas. Ce dernier procédé nous paraît préférable, car tout en ménageant l'intégrité

du sphincter, il permet un accès plus facile du rétrécissement qui est toujours difficile à libérer.

III. — DIRECTION DU TRAITEMENT

1° RÉTRÉCISSEMENT VÉNÉRIEN

A) *Phase préparatoire.*

Essayer par un traitement local approprié d'éviter le passage de la rectite à la chronicité.

B) *Phase de rectite chronique.*

Le rectum est rigide mais a gardé une certaine souplesse. Traitement local de la rectite par lavages complétés, s'il y a lieu, par une légère dilatation du rectum. Si le processus proliférant demeure, l'étincelage de haute fréquence est indiqué. Si les lésions sont très basses, proliférantes, peu étendues en hauteur, on pourra, après lavage préalable, tenter une opération de Whithead.

C) *Phase de sténose.*

Le rétrécissement est constitué, mais se laisse distendre. Traitement de la rectite et dilatation avec ou sans anus iliaque temporaire. Le rétrécissement est serré, ne se laisse pas distendre, on pourra essayer, sans s'y attarder, l'électrolyse circulaire suivie de dilatation. L'anus iliaque est indiqué d'autant mieux

que l'état général est généralement mauvais. Si le rétrécissement est serré, bas, peu étendu, le sphincter intact, extirpation. C'est dans le groupe des rétrécissements vénériens que se posera le plus fréquemment l'indication de l'extirpation.

2° LE RÉTRÉCISSEMENT TUBERCULEUX

A) *Tuberculose hypertrophique.*

Si la lésion est limitée à la seule manifestation de la tuberculose, extirpation du rectum avec conservation du sphincter. Si ce dernier est envahi, anus iliaque.

B) *Rétrécissement tuberculeux et tuberculisé.*

L'anus iliaque est toujours indiqué étant donné l'étendue des lésions. Ce dernier est préférable à l'extirpation qui ne pourrait être pratiquée que par un procédé ne conservant pas le sphincter.

3° LE RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE

Traitement arséno-mercuriel intensif. La dilatation trouve là une indication dans tous les cas et elle donne des résultats très suffisants.

1° LA RECTITE PROLIFÉRANTE ET STÉNOSANTE A NOCARDIA

Paraît très rebelle au traitement médical : iodure de potassium, cinnamate de benzyle, lavages du rectum, dilatation. Sa marche rapide, sa récurrence après

extirpation légitime l'anūs iliaque établi de façon précoce.

5° LES RÉTRÉCISSEMENTS DE CAUSE EXCEPTIONNELLE

A) *Dysenterie.*

Traitement à l'émétine sans action. Etant donné son siège généralement élevé et sa forme annulaire, serait peut-être justiciable du traitement local par la fibrolysine.

B) *Bilharzienne.*

Si les lésions sont vues au stade de rectite proliférante et qu'elles soient strictement limitées à la partie inférieure du rectum : opération de Whithead.

6° LE RÉTRÉCISSEMENT INFLAMMATOIRE AVEC ELÉPHANTIASIS ANO-PÉRINÉO-VULVAIRE

Etant donné l'étendue des lésions l'anūs iliaque est indiqué dans tous les cas. Essayer de traiter la cause initiale et faire un traitement médical local.

Vu, Bon à imprimer :
Le Président de Thèse,
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

Vu
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 AULÈS. — Des rétrécissements inflammatoires du rectum.
(*Thèse Montpellier*, 1895-1896.)
- 2 ALQUIER et BALZER. — Rectite à gonocoques. (*Archives de Dermat. et Syphiliogr.*, 1900, p. 72.)
- 3 ARNAUD. — Les rétrécissements blennorragiques du rectum.
(*R. G. Gazette des Hôpitaux*, 1906.)
- 4 ABADIE. — Rétrécissement du rectum; extirpation; guérison.
(*Bull. Soc. Chir. Paris*, 22 févr. 1910. — Rapport du Professeur Hartmann.)
- 5 BERGER. — *Semaine Médicale*, 29 novembre 1883.
- 6 BALLANCE. — *Lancet*, London, 1883, t. I, pp. 411 et 485.
- 7 BARDENHAUER. — *Sammlung Klinischer Voträge*, 1887.
- 8 BENTON. — *Med. Reg. Philadelphie*, 1888, p. 453.
- 9 BACON. — A new operation for the cure of strictura of the rectum and sigmoïde. (*Mathews Med. Quaterly*, 1894, t. I, p. 25.)
- 10 BAER. — Über die rectal gonnorrhœ bei Frauen. (*Deutsche Med. Wochenschr.*, 1896, n° 8, p. 116.)
- 11 — Beiträge zur Lehre von der weiblichen rectal gonnorrhœ.
(*Arch. für Dermat.*, Frankfurt, 1896, vol. XXXIX, p. 296.)
- 12 — Weitere Beiträge zur Lehre von der weiblichen rectal gonnorrhœ. (*Deutsche Med. Woch.*, 1897, n° 51, p. 811; n° 52, p. 831.)
- 13 BERNDT. — Über 18 Fälle vongonnorrhöischer rectal Struktur und ihre Behandlung (*Th. de Breslau*, 1897-1898.)
- 14 BUMM. — Beiträge zur Kenntniss der Gonorrhœ der weiblichen genitalien. (*Arch. für Gynæk.*, Bd. XXIII, p. 238.)

- 14bis BRAULT. — *Société Chirurgie Paris*, 1901.
- 15 BRAQUEHAYE. — Nouveau procédé opératoire des rétrécissements du rectum. (XX^e Congrès Français de Chirurgie, Paris, 1907. Procès-verbaux, Mémoires et discussion.)
- 16 BRUNSWICK. — Discussion du procédé de Braquehaye. (XX^e Congrès Fr. de Ch., Paris, 1907, p. 377.)
- 17 BÉRARD et GANDOLPHE. — Deux formes de rectite proliférante et sténosante de nature probablement tuberculeuse. (*Soc. Chir. Lyon*, 1909, 11 février.)
- 18 BASTIANELLI. — Sur les sténoses du rectum et leur traitement chirurgical. (*Académie Royale de Médecine de Rome*, 1900.)
- 19 BENSAUDE et RONNEAUX. — Rétrécissement fibreux du rectum rapidement amélioré par l'électrolyse circulaire. (*La Chirurgie*, 1909, n° 1.)
- 20 BRAU-TAPIE. — Rétrécissement syphilitique du rectum. Discussion. (*Soc. d'Anat. et de Physiol. de Bordeaux*, 4 avril 1910.)
- 21 BÉRARD. — Résultats éloignés d'intervention chirurgicale pour rétrécissements du rectum chez des tuberculeux. (*Soc. Chir. Lyon*, 16 février 1911.)
- 22 — Rétrécissement tuberculeux du rectum. Rectomie postérieure et dilatations espacées. Résultat datant de 7 ans. (*Soc. Chir. Lyon*, 6 juin 1912; *Lyon Chirurgical*, 1912, t. VIII, n° 2).
- 23 BARTHELEMY. — La blennorragie anao-rectale. (*R. G. Gazette des Hôpitaux*, 1920, 1^{er} mai.)
- 24 BONNET. — Rôle de la stase lymphatique dans la pathogénie du syphilome ano-rectal. (*Soc. Nat. de Médecine Lyon*, 28 juin 1922.)
- 25 BUIE. — Sténoses bénignes du rectum. (*The Journal of the American Association*, Chicago, vol. LXXXI, n° 16, 20 oct. 1923.)
- 26 BENSAUDE. — Les rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Monde Médical*, 1^{er} juin 1923.)
- 27 — *Nouveau Traité de Médecine* Vidal, Roger, Tessier, t. XIV.
- 28 — *Traité de rectoscopie et de sigmoïdoscopie*.

- 29 CASTEN. — Sur le rétrécissement dysentérique du rectum.
(*France Médicale*, Paris, 1889, t. I, pp. 193 et 216.)
- 30 CREDE. — *Archiv. für Klinische Chirurgie*, t. XLIII, p. 175.
- 31 CARRÉ. — Du rétrécissement dit syphilitique du rectum.
(*Thèse Paris*, 1892-1893, n° 118.)
- 32 CAMPENON. — *VIII^e Congrès Fr. de Chirurgie*, Lyon, oct. 1894.
- 33 CLAMOUSE. — Rectite chronique hypertrophique. (*Th. Paris*, 1895-1896, n° 183.)
- 34 CUNÉO et DURIEUX. — Sur un cas de rectite proliférante.
(*Journal des Praticiens*, 1898, p. 179.)
- 35 CLAIRMONT (de Vienne). — Le traitement des rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Archiv. für Klin. Chir.*, 1907, t. LXXXIV, fasc. I, pp. 180 et 197.)
- 36 CALMANN. — Eine neue methode der diagnostischen Sondierung der Mastdarm und Sperseröhren verengerungen.
(*Deutsche Medizin. Wochenschrift*, t. XXXVII, n° 11, 16 mars 1911.)
- 37 — Le diagnostic bactérioscopique de la gonorrhée rectale.
(*Deutsche Mediz. Woch.*, Berlin, n° 50, 15 décembre 1922, t. LXVIII.)
- 38 CHARTERS SYMONDS. — Rétrécissements gonococciques du rectum. (*Proceedings of the Royal Society of Medecine London Section of Surgery*, vol. XVI, n° 3, janvier 1923.)
- 39 DESPRÉS. — Des chancres phagodéniques du rectum. (*Arch. Gén. de Médecine*, mars 1868, t. I, p. 250.)
- 40 — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 1873, p. 53.
- 41 DARIER. — Rétrécissement tuberculeux de l'intestin. (*Bull. Soc. Anat.*, 14 févr. 1890.)
- 42 DUPLAY. — Du rétrécissement du rectum. (*Sem. Méd.*, 23 nov. 1892, p. 461.)
- 43 DOCK. — Gonorrhea of the rectum. (*Med. News*, 1893, t. I, p. 325.)
- 44 DELBET (Pierre) et MOUCHET. — Rectite hypertrophique proliférante et sténosante. Rétrécissement dit syphilitique.
(*Archives Générales de Médecine*, 1893, nov.-décembre.)
- 45 DOMEJEAN. — Rectite blennorragique. (*Th. Toulouse*, 1899-1900, n° 372.)
- 46 DEMONS. — Sur le traitement d'un rétrécissement syphilitique

invétéré du rectum. (*Congrès de l'Association française de Chirurgie*, 3-8 octobre 1910.)

- 47 DORSEMAGEN. — Zur Actiologie, Diagnose und Therapie der tiefsiestzenden Mastdarn strikturen. (*Medizinische Klinik*, t. VII, n° 9, 26 février 1911.)
- 48 DELBET (Pierre). — Rétrécissement du rectum. (*La Clinique*, n° 30, 26 juillet 1912.)
- 49 DRUECK. — Syphilis rectale. (*American Journal of Surgery New-York*, t. XXXIV, n° 11, novembre 1920.)
- 50 — Tuberculose du rectum. (*Medical Record*, 1923, New-York.)
- 51 DOLBEY et FAHMY. — Papilloimatose bilharzienne du rectum. (*The Lancet*, London, vol. CCVI, n° 5245, 8 mars 1924.)
- 52 EXNER. — Zur Kenntniss der Aetiologie der entzündlichen Mastdarmstenosen. (*Deutsche Zeitschrift für Chir.*, t. 109, fasc. 3-4, avril 1911.)
- 53 FOURNIER (A.). — Lésions tertiaires de l'anus et du rectum. (*France Médicale*, 1874, n°s 80, 83, 87, 90.)
- 54 — *Traité de la syphilis*. Rédigé par le Docteur Ed. Fournier, t. 2, fasc. 2, pp. 509 et sq.
- 55 FRAENKEL. — *Deutsche Mediz. Woch.*, 1885, p. 231.
- 56 FRISCH. — Über gonnorrhœa rectalis. (*Centralblatt f. d. Med. Wissens*, 1891, p. 95; *Anal. in Archives de Dermat. et Syphiligr.*, 1892, p. 330.)
- 57 FRANKENBURGER. — Rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Med. News*, 4 févr. 1905, p. 203.)
- 58 FLUGEL. — Über Rektalgonorrhœ bei vulvis-vaginitis infantum. (*Berlin. Klin. Woch.*, 20 mars 1905.)
- 59 VON FEDOROW. — Über Eine Methode zur Besertigung von niedrigsitzende Narbenstrikturen der rectum ohne Darms-resection. (*Arch. für Klin. Chir.*, t. XCII, févr. 1910.)
- 60 FISCHER. — Sténose rectale par formation de diverticules et de polypes. (*Soc. de Médecine de Francfort-sur-Mein*, 15 mai 1911.)
- 61 FRANKENBURGER. — Syphilis of the rectum. (*Interstate Medical Saint-Louis*, t. 20, n° 11, novembre 1913.)
- 62 FRIEDEL. — Rétrécissement syphilitique du rectum. (*Paris Médical*, 28 avril 1923, An. XIII, n° 17.)

- 63 GOSSELIN. — Recherches sur le rétrécissement syphilitique du rectum. (*Arch. Gén. de Médec.*, décembre 1854.)
- 64 GIRODE. — *Bull. et Mém. Soc. Chir. Paris*, 25 févr. 1891.
- 65 GAURAN. — Des rétrécissements syphilitiques du rectum; leur traitement par l'extirpation. (*Thèse Lyon*, 1892.)
- 66 GRIFFON. — Rectite à gonocoques. (*Presse Médicale*, 13 nov. 1897.)
- 67 GREYERZ. — Über die Oberhalt von Dickdarmverangerungen auftretenden Darmgeschwäre. (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, LXXVII, 1-3.)
- 68 GAUCHER et ABRAMI. — Rectite chronique avec rétrécissement du rectum chez un syphilitique. (*B. S. F. D.*, 3 déc. 1908, p. 312.)
- 69 GOEBEL. — Luetische Rektumstriktur bei Mutter und Tochter. (*Medizinische Klinik.*, 1908, n° 27, 3 juillet.)
- 70 — Über Rektum strikturers. (*Mediz. Klinik.*, 1908, n° 27, 3 juillet.)
- 71 GYPSTEIN. — Des effets de l'électrolyse circulaire dans les rétrécissements fibreux du rectum. (*Th. Paris*, juill. 1910.)
- 72 GRANVILLE S. HANES. — Inflammatory Recto-sigmoidal Strictures Hitherto Undescribed. (*Interstate Medical Journal*, 1918, vol. XXV, n° 1.)
- 73 GOUGEROT. — Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques, ulcéreuses et fistuleuses. (*Soc. Dermat.*, 10 avril 1923, in *Bulletin*, 1923, n° 4, p. 183.)
- 74 HAHN. — Zur Behandlung der Syphilitischen Mastdarm ulcerationen durch die Colotomie. (*Arch. f. Klin. Chir.*, Berlin. 1883, t. XXIX, p. 795.)
- 75 HAMONIC. — De la rectite proliférante vénérienne et non vénérienne. (*Thèse Paris*, 1885.)
- 76 HARTMANN (H.). — Note sur un procédé d'ablation des rétrécissements du rectum par les voies naturelles. (*Congrès Français de Chirurgie*, 7^e session, Paris, 1893.)
- 77 HARTMANN (H.) et TOUPET. — Anatomie pathologique des rétrécissements du rectum. (*Bull. Soc. Anat.*, 28 déc. 1894.)
- 78 HERZEN. — *Revue Médicale de la Suisse romane*, déc. 1894.
- 79 HARTMANN (H.). — Blennorragie ano-rectale. (*Annales de Gynécologie et Obstétrique*, 1895, t. XLIII, p. 77.)

- 80 HUBER. — Uber periprostitis gonorrhœ. (*Arch. für Dermat.*, Bd. LX, p. 237.)
- 81 HUBER. — Uber gonorrhœa recti. (*Wien med. Wochenschrift*, 1898, n° 23 et 28.)
- 82 HOWARD. — Rétrécissement du rectum traité par la fibrolysine. (*Société Royale de Médecine de Londres, Section de Chirurgie*, 14 janv. 1910.)
- 83 HARTMANN (H.). — An Address on inflammatory Strictures of the rectum. (*The Lancet*, february 1922, London.)
- 84 HEITZBOYER. — Rétrécissements et polypes du rectum traités par la haute fréquence. (*Bull. Soc. Ch. Paris*, 12 juillet 1922, t. LXVIII, n° 25, 1922.)
- 85 HARTMANN (H.). — Les rétrécissements inflammatoires du rectum. (*Union Médicale du Canada*, Montréal, t. LI, n° 8, août 1922.)
- 86 JULIUSBURGER. — Beitrage Zur Kenntniss von den Geschwuren und Stricturen des Mastdarms. (*Thèse Breslau*, 1884.)
- 87 JACQUINOT. — Contribution à l'étude et au traitement du rétrécissement vénérien du rectum. (*Thèse Paris*, 1890.)
- 88 JULLIEN. — Blennorrhagie ano-rectale. (*X^e Congrès Français de Chirurgie; G. Hebd. Méd. et Chir.*, 29 oct. 1896.)
- 89 JADARSOHN. — Mastdarmlblennorrhœe in Folge von Incision einer blennorrhhoischen Pseudo-Abscess. (*Fest. d. Neumann Wien.*, 1900.)
- 90 JAGOT. — Note sur un cas de rétrécissement cicatriciel du rectum produit par un lavement d'ammoniaque. (*Soc. Méd. d'Angers*, 5 oct. 1910.)
- 91 O. JERSILD. — Contribution à l'étude de la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal. (*Annales de Dermat. et de Syphiligr.*, 6^e série, t. I, 1920, n° 2, pp. 62-97.)
- 92 KIRMISSON. — Rétrécissement du rectum consécutif à un abcès de la prostate. (*Gaz. Méd. de Paris*, déc. 1887.)
- 93 KÖNIG (DE GOTTINGEN). — Die Strikturirende Darmtuberculose und ihre Behandlung. (*Deutsche Zeitschrift zur Chirurgie*, 1892, p. 65.)
- 94 KONIG. — Uber Rectal stricturen durch gonorrhœe Geselsch. der Charite Aertze. (*Sitzung*, von 5 janv. 1897; *Berlin. Klin. Wochensh.*, n° 30, 20 juillet 1897, p. 659.)

- 95 KLEIN. — Ein Fall von syphilitischer Rektumstenose. (*Th. Munich*, déc. 1908.)
- 96 KAMMHEIMER. — Über rektal gonorrhæ ein Kundesalter. (*Münchener medizinische Wochensch.*, t. LVII, n° 18, 3 mai 1910.)
- 97 KAUFMAN. — Zur Behandlung der Rektal Strikturen. (*Zentralblatt für Gynökologie*, t. XXXVI, n° 15, 15 avril 1912.)
- 98 LOWSON. — Case of Stricture of the rectum. Excision of the stricture. (*The Lancet*, 1879, p. 512.)
- 99 LACHOWSKI. — Résultats immédiats et éloignés de divers modes de traitement du rétrécissement dit syphilitique du rectum. (*Thèse Paris*, 1895.)
- 100 LAPOINTE (A.). — Traitement des rétrécissements non congénitaux du rectum. (*Thèse Paris*, 1897-1898.)
- 101 LEJARS. — Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum. (*Soc. Chir. Paris*, 26 juillet 1903, p. 1913.)
- 102 LÉROY DES BARRES. — Rétrécissement du rectum avec nombreuses fistules. Ablation du rectum après anus artificiel. Fermeture de l'anus. Guérison. (*Rev. Méd. de l'Indochine française*, 15 mars 1909, t. 2, n° 14.)
- 103 LOCKARDT MUMMERY. — Tuberculose hypertrophique du rectum et de l'S iliaque. (*Soc. Royale de Médecine de Londres, Section Chirurgie*, 12 mars 1909.)
- 104 LEHUCHER. — Traitement chirurgical des rétrécissements superficiels et inflammatoires du rectum par le procédé de Braquehay. (*Thèse Paris*, 1910.)
- 105 LOCKARDT MUMMERY. — Non Malignant Stricture of the Rectum. (*The Practitioner*, London, t. LXXXVIII, n° 6, juin 1912.)
- 106 LETULLE (M.). — Bilharziose du rectum. (*Presse Médicale*, 1918, 13 janvier.)
- 107 MATHEWS. — *A Treatise on Diseases of the rectum*, 1892.
- 108 MOSES. — La méthode sacrée et son application aux cancers et rétrécissements du rectum. (*Thèse Paris*, 1892.)
- 109 MERMET. — Blennorrhagie ano-rectale. (*Revue Générale in Gazette des Hôpitaux*, 1896, n°s 52 et 55.)
- 110 MURRAY. — Gonorrhea of the rectum. (*Medical News*, vol. XLVIII, n° 10, janvier 1896.)

- 111 MUREL. — Rétrécissement syphilitique du rectum. (*Actes du Comité médical des Bouches-du-Rhône*, 1 et 8 déc. 1905.)
- 112 MARTINEZ SUAREZ. — Rétrécissements multiples du rectum. (*Revista Ibero-Americano de Ciencias medicas*, Madrid, t. XLV, n° 203.)
- 113 MELCHIOR. — Uber aktinomycose des mastdarms. (*Beitrag zur Klin. Chir.*, LX, f. 2, 3 novembre, 1910.)
- 114 MEADER. — A case of rectal Bilharzia. (*The Boston Medical and Surgical Journal*, t. CLXV, n° 1, juillet 1911.)
- 115 MAJOR GREIG. — Un cas de bilharziose du rectum. (*Journal of the Royal Army Medical Corps*, t. XVII, n° 6, déc. 1911, p. 619.)
- 116 MORESTIN. — Rétrécissement dit syphilitique du rectum traité par l'anús artificiel puis par extirpation abdomino-périnéale. (*Discussion Soc. Chir. Paris*, 10 juillet 1912.)
- 117 MAUCLAIRE. — Bilharzia rectale. (*Soc. Chir. Paris*, 19 févr. 1913, in *Bulletin*, 25 févr. 1913, n° 7.)
- 118 MARTIN (T.-G.). — Differential diagnosis in ano-rectal disease. (*Journal Mich. Med. Assoc. Grand Rapids*, 1920, XIX, 231.)
- 119 PŒLCHEN. — Uber die Aetiologie der strikturierenden Mastdarmgeschwür. (*Virchow's Archiv.*, 1892, t. CXXVII, p. 189.)
- 120 PUICHAVY. — Sur la coexistence du rétrécissement syphilitique et d'éléphantiasis vulvo-périnéal. (*Thèse Toulouse*, 1904.)
- 121 POHERAT. — A propos des rétrécissements du rectum dus à des inflammations rectales. (*Soc. Chir. Paris*, 1909, 30 juin.)
- 122 POULAIN. — Rectite inflammatoire sténosante proliférante et péri-rectite à forme fibro-lipomateuse d'origine probablement tuberculeuse. Extirpation. Guérison. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, t. XXXIII, n° 48, 26 nov. 1910.)
- 123 PABLOZANO. — Estrechez congenita del Recto. (*Revista Ibero-Americano de Ciencias medicas*, Madrid, t. XXVIII, n° 96, août 1912.)
- 124 PERKEL. — Un cas de tuberculose du rectum et de l'anús et de chancre mou de la verge. (*Wratchebuaia Gazetta Saint-Petersbourg*, t. XX, n° 34, 25 août 1913.)

- 125 QUENU et RICHELOT. — *Bull. Soc. Chir. Paris*, 1891, 18 et 25 févr., pp. 134 à 153.
- 126 QUENU et HARTMANN. — *Chirurgie du rectum*, t. I.
- 127 QUENU. — Traitement des rétrécissements syphilitiques du rectum. (*Bull. Soc. Ch. Paris*, 19 juillet 1903, p. 1851.)
- 128 QUENU et REYNIER. — Traitement du rétrécissement du rectum. Discussion. (*Bull. Soc. Ch. Paris*, 1909, 23 juin.)
- 129 RICHE (P.). — Rétrécissement tuberculeux et rétrécissement syphilitique du rectum. (*Gazette des Hôpit.*, 1897, pp. 158 et 159.)
- 130 RUGE. — Contribution à la pathologie et au traitement de la rectite purulente et ulcéreuse. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1907, t. LXXXIII.)
- 131 ROGERS. — Strictures of rectum. (*The Boston Medical and Surgical Journal*, n° 23, 10 juin 1909.)
- 132 RECLUS. — Le rétrécissement congénital du rectum. (*Presse Médical*, 11 janvier 1913, n° 4.)
- 133 ROBINSON. — Intestinal resection for syphilitic obstruction of the tractus intestinalis. (*A. J. of D.*, mars 1918, p. 108.)
- 134 SEGOND. — *Bull. Soc. Ch. Paris*, 1889, p. 758.
- 134bis STAUB. — *Internat. Dermat. Congr. Wien*, 1892, p. 317.
- 135 SOURDILLE (Gilbert). — Rétrécissements tuberculeux du rectum à forme cylindrique et annulaire. (*Bull. Soc. Anat.*, 28 décembre 1894.)
- 136 SOURDILLE (Gilbert). — Rétrécissements cylindriques du rectum d'origine tuberculeuse. (*Arch. Génér. de Médec.*, 1895.)
- 137 SCHWARTZ (Ed.). — Le rétrécissement dit syphilitique du rectum (*Presse Médicale*, 12 juin 1907.)
- 138 SIEUR. — Rétrécissement fibreux du rectum. Ablation périméale et anus sacro-coccygien. Guérison. (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 1906, p. 1061.)
- 139 SERON. — Néoplasies intestinales d'origine inflammatoire, appendice et sigmoïde exceptés. (*Thèse Paris*, 1908, mai.)
- 140 THOUVENIN. — De la voie vagino-périnéale dans la résection du rectum ou diacolpo-proctectotomie. (*Thèse Nancy*, 1896.)

- 141 TRONCAY. — Etude sur la blennorrhagie ano-rectale. (*Thèse Nancy*, 1897-1898.)
- 142 TUTTLE. — Fibrous Strictures of the rectum. (*The Boston Medical and Surgical Journal*, t. CLIV, n° 13, 30 mars 1911.)
- 143 VERCHÈRE. — Sur la période prémonitoire du rétrécissement du rectum. (*Bull. Soc. Ch. Paris*, 1897, p. 186.)
- 144 VAN ROTHE. — *Soc. Hollandaise de Chirurgie*, 4 oct. 1908.
- 145 VARIABLE. — The cure of stricture of the rectum complicating fistulae. (*Case reports American Journal of surgery*, t. XXIV, n° 1, janv. 1911.)
- 146 VIANNAY. — Un cas de tuberculose ano-rectale et péri-ano-rectale traité par l'amputation périnéale du rectum et l'ablation large des tissus malades. Guérison. (*Soc. des Sciences médicales de Saint-Etienne*, 5 février 1913.)
- 147 WALLIS. — The Causes and treatment of non malignant strictures of the rectum. (*Brit. Med. Journal*, 6 octobre 1900, p. 1002.)
- 148 WEGNER. — Zur Aetiologie und Therapie der durch Infektion entstandenen rektumstrikturera. (*Arch. f. Klin. Chir.*, 1902, t. LXVI, p. 1063.)
- 149 WIESINGER. — Rectite ulcéreuse. Exclusion intestinale longtemps maintenue. (*Soc. de méd. de Hambourg, Section Biologie*, 2 févr. 1909.)
- 150 WERCKMEISTER (de Baltimore). — Zwei Werschlage für die unblutige Behandlung der stricture rekti. (*Arch. für Kl. Chir.*, t. CII, p. 307.)
- 151 YEOMANN (F.-C.). — Stricture of the rectum. (*Journal of American Association*, t. LXVIII, n° 11, 13 sept. 1919, p. 829.)
- 152 ZIMMERN. — Rétrécissement du rectum. Excision. Insuccès. Anus iliaque. Traitement du rétrécissement par l'électrolyse circulaire; amélioration. (*Bull. Soc. Chir. Paris*, 15 juin 1909, *Rapport P. Bazy*.)
-

116

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique

DES

SYNDROMES PARKINSONIENS POST-ENCÉPHALITIQUES

avec quelques remarques sur

la PATHOGÉNIE et la THÉRAPEUTIQUE de ces SYNDROMES

211